



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sara Rafaela Silva Martins Rufo

SUCESSO NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITO DAS MULHERES QUE AMAMENTAM

I Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça
Professora Doutora Cidália Maria de Barros Ferraz Amorim

Maio de 2012

DECLARAÇÕES

Declaro que a presente Dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente.

O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente referenciadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O Candidato,

Viana do Castelo, 08 de Maio de 2012

Declaro que esta Dissertação demonstra qualidade e se encontra em condições de ser apreciada pelo júri a designar.

Os Orientadores,

Viana do Castelo, 08 de Maio de 2012

Ao Guilherme.

Ao José Franco Rufo, *in memorium*.

Minhas inspirações na Terra e no Céu.

AGRADECIMENTOS

A Deus: Obrigada pelo que me dás.

Hugo e Guilherme: Obrigada.

Pelas longas ausências respeitadas, pela fé e motivação. Pela felicidade.
Porque o Amor, tudo permite.

Francisco, Ana, Liliana, Eduarda, Mafalda e Marco: Obrigada.

Pelo entusiasmo, pelo carinho, pela admiração. Porque tudo vos devo.

Catarina, Carla e Tita: Obrigada.

Pela Amizade, pela cumplicidade, pelo estímulo e alento.

Ao Professor Doutor Luís Graça: Muito Obrigada.

Pela orientação, pela discussão, pelo ensino, pelo crescimento, pela disponibilidade e incentivo.

Porque “aprender é um caminho que se faz caminhando”.

À Professora Doutora Cidália Amorim: Obrigada.

Pela coorientação e disponibilidade.

À Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Colegas da Unidade de Saúde Pública e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Marta de Portuzelo: Obrigada.

Por permitirem este trabalho. Pelas sugestões, pela compreensão.

Carla Ribas, obrigada. Muito obrigada pela inspiração.

Um agradecimento imenso a todas as mulheres que amamentam os seus filhos e em particular, àquelas que colaboraram na realização deste estudo.

A todos aqueles que, não sendo possível enunciar, participaram directa ou indirectamente para a concretização deste trabalho.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	VII
AGRADECIMENTOS.....	IX
ÍNDICE GERAL.....	XI
ÍNDICE DE QUADROS.....	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XV
RESUMO.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.....	XIX
Introdução.....	1
I. SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	5
1. Saúde, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.....	5
1.1. O Conceito de Saúde.....	5
1.2. A Promoção da Saúde.....	7
1.3. A Educação Para a Saúde.....	10
2. Protecção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno.....	13
2.1. Dos Primórdios do Aleitamento Materno à Actualidade.....	13
2.2. Recomendações Sobre Aleitamento Materno.....	14
2.3. Iniciação e Duração do Aleitamento Materno.....	22
3. O Sucesso do Aleitamento Materno.....	27
3.1. Perspectiva dos Profissionais de Saúde	27
3.1.1. Vantagens do aleitamento materno	28
3.1.2. Determinantes de sucesso de aleitamento materno.....	36
3.1.3. Duração do aleitamento materno	51
3.2. Perspectiva da Mãe	53
3.3. Práticas Profissionais para o Sucesso do Aleitamento Materno.....	58
II. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	63
1. Opções Metodológicas	63
1.1. Tipo de Estudo	63

1.2. Terreno de Pesquisa e Caracterização da População em Estudo.....	64
1.3. Instrumento de Colheita de Dados.....	65
1.4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	67
1.5. Constituição do Corpus de Análise.....	68
1.6. Tratamento e Análise dos Dados.....	69
III.APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
1. Sucesso na Prática do Aleitamento Materno: Conceito das Mulheres que Amamentam.....	71
1.1. Representações de Sucesso de Aleitamento Materno na Perspectiva das Mulheres que Amamentam.....	73
1.2. Factores que Contribuem para o Sucesso do Aleitamento Materno, na Perspectiva das Mulheres que Amamentam.....	84
1.3. Estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o Sucesso de Aleitamento Materno.....	94
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	107
ANEXOS.....	XXI

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização do grupo de estudo.....	69
Quadro 2. Áreas Temáticas, categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas.....	72
Quadro 3. Resultados da categoria “Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade”.....	78
Quadro 4. Resultados da categoria “Vantagens do aleitamento materno”.....	82
Quadro 5. Resultados da categoria “Duração do aleitamento materno”.....	83
Quadro 6. Resultados da categoria “Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família”.....	89
Quadro 7. Resultados da categoria “Factores relacionados com o sistema de saúde”.....	91
Quadro 8. Resultados da categoria “Factores relacionados com a cultura e as políticas sociais”.....	93
Quadro 9. Resultados da categoria “Estratégias individuais”.....	97
Quadro 10. Resultados da categoria “Estratégias técnicas e instrumentais”....	99

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guião da entrevista.....	XXIII
Anexo 2. Pedido de Autorização para a Realização do Estudo à ULSAM-EPE.....	XXVII
Anexo 3. Parecer da Comissão de Ética da ULSAM-EPE para a Realização do Estudo.....	XXXI
Anexo 4. Consentimento Informado.....	XXXV
Anexo 5. Matriz de Dados Obtidos.....	XXXIX

RESUMO

SUCESSO NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITO DAS MULHERES QUE AMAMENTAM

No planeamento dos cuidados de enfermagem para a promoção do aleitamento materno torna-se essencial a inclusão do projecto materno. A Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade da criança.

O estudo teve por objectivo descrever representações de sucesso de aleitamento materno de mães que amamentam em exclusivo aos seis meses de vida da criança. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, com um grupo de sete informantes cujo critério de inclusão foi o aleitamento materno exclusivo por um período mínimo de seis meses em exclusividade com vigilância da gravidez nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, EPE. O instrumento de recolha dos dados foi a entrevista semi-dirigida. Da análise de dados emergiram três áreas temáticas: 1) Representações de sucesso de aleitamento materno na perspectiva das mulheres que amamentam; 2) Factores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno na perspectiva das mulheres que amamentam; 3) Estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do aleitamento materno.

Concluiu-se que o conceito de sucesso do aleitamento materno pode decalcar-se da Teoria da Consecução do Papel Maternal proposto por Ramona Mercer. As acções de protecção, promoção e suporte para o sucesso do aleitamento materno, no âmbito dos cuidados de enfermagem, devem incluir intervenções transversais às cinco áreas prioritárias de promoção da saúde, valorizando as metas institucionais e o projecto materno. Neste processo, torna-se importante a valorização dos factores percebidos como determinantes para o sucesso do aleitamento materno, bem como o desenvolvimento de estratégias, que emanam do processo de aprendizagem e que poderão ser individuais e técnico-instrumentais.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Aleitamento Materno Exclusivo; Cuidados de Enfermagem, Transição para a maternidade

ABSTRACT
SUCCEEDING IN BREASTFEEDING: THE CONCEPT ACCORDING TO
BREASTFEEDERS

Including the maternal project seems to be essential in the process of nursing planning as for promoting the mother's breastfeeding. The World Health Organization (2001) recommends breastfeeding as the sole source of feeding a child up to six months old (hereby referred as Exclusive Breastfeeding).

The current study aimed at describing representations of successful breastfeeding mothers who breastfeed exclusively their children during the first six months of life. Following a comprehensive approach, based on qualitative, descriptive and exploratory data and information to which contributed a set of seven respondents who fulfilled the above quoted conditions and were subject to pregnancy monitoring at the Departments of Primary Health Care of the Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, EPE. Data were collected through semi-directed individual interviews. From data collection and analysis the author reached out to three great areas of study, stated as follows: 1) representations of successful breastfeeding from the perspective of breast feeders, 2) contributing factors to the success of breastfeeding from the perspective of breastfeeders, 3) benchmarking strategies adopted by breast feeders.

As a conclusion, the concept of successful breastfeeding may emerge from the Theory of Maternal Role Attainment proposed by Ramona Mercer. The protective measures, promotion and support for successful breastfeeding within nursing should include interventions covering five priority areas regarding health promotion, valuing the institutional goals and the maternal feeding plan. In the course of this process, it is of utmost importance to highlight the factors perceived as critical to the success of breastfeeding, as well as developing strategies, both individual and technical-instrumental, emanating from the learning process.

KEYWORDS: Breastfeeding, Exclusive Breastfeeding; Nursing; Transition to Motherhood

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Alto Comissariado da Saúde

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMS/ WHA –World Health Assembly (Assembleia Mundial de Saúde)

CDC – Center of Diseases Control (Centro de Controlo de Doenças)

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EpS – Educação Para a Saúde

FAO – Food and Agriculture Organization (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura)

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

NU – Nações Unidas

WHO/OMS –World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

PNS – Plano Nacional de Saúde

UE – União Europeia

ULSAM EPE – Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, Entidade Pública Empresarial

UNICEF – United Nations International Children Found (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

INTRODUÇÃO

O fenómeno da lactação é parte essencial da reprodução na maior parte dos mamíferos. Esta estratégia de sobrevivência foi-se aperfeiçoando pela natureza ao longo de milhões de anos, reflectindo o seu exercício, a continuidade e o crescimento das populações, dada a sua relação com a sobrevivência infantil.

Se nos primórdios a amamentação representou a única forma disponível de alimentar a criança nos primeiros tempos de vida, à medida que as civilizações evoluíram, a mãe foi-se separando dessa condição da natureza implícita à maternidade e procurou outras formas de alimentar o seu filho, como as amas-de-leite e as fórmulas lácteas artificiais.

Na espécie humana, a bibliografia acerca da prática do aleitamento materno (AM) tem sido objecto de estudo em várias áreas do saber. No domínio científico, na extensão da investigação em saúde, multiplicam-se os estudos epidemiológicos que reforçam a evidência da sua acção no declínio das taxas de morbi-mortalidade infantil. Baixas taxas de AM representam “implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde” (União Europeia [UE], 2008, p. 10)

A promoção da saúde materno-infantil implica que sejam proporcionadas à mulher e à criança as condições óptimas para a tomada de decisões informadas com vista à adopção de estilos de vida saudáveis, do qual é exemplo a prática do AM. É por isso importante que sejam priorizadas cinco áreas fundamentais de intervenção, que se referem ao estabelecimento de políticas saudáveis, à criação de ambientes favoráveis à saúde, ao reforço da acção comunitária, ao desenvolvimento de competências pessoais e à reorientação dos serviços de saúde.

O reconhecimento do impacto da prática do AM para a saúde da mulher e da criança, justifica a amplitude das intervenções globais de saúde destinadas à sua protecção, promoção e suporte, que recomendam que às mulheres sejam proporcionadas circunstâncias favoráveis ao acto de amamentar

exclusivamente durante seis meses após o nascimento e, em complementação com a restante alimentação, até aos dois anos de vida da criança ou mais (World Health Organization [WHO], 2003a). Esta recomendação, com especial enfoque para os países em vias de desenvolvimento baseia-se no reconhecido leque de vantagens para o bebé e a mãe (Kramer & Kakuma, 2002) e para o meio ambiente (United States Breastfeeding Committee [USBC], 2002).

A avaliação dos esforços internacionais e nacionais para a promoção do sucesso do AM evidenciam que as metas estipuladas ainda se encontram longe de serem alcançadas. Na literatura, são vastos os estudos de investigação que procuram as razões que justificam este facto, nos vários domínios disciplinares.

O conceito de sucesso de AM, apesar de poder abarcar múltiplas significações pode ser consensualmente definido, à luz do conhecimento científico, por uma amamentação mais prolongada (Levy & Bértolo, 2008). É importante ter em conta o projecto materno, pois uma experiência de AM de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às expectativas que a mãe definiu para tal (ibidem). Conhecer, compreender e reflectir acerca das significações e representações que as mães têm acerca do sucesso do AM, poderá subsidiar as práticas profissionais para a implementação de medidas para o seu apoio, pois quanto mais os profissionais de saúde compreenderem os comportamentos relacionados com as práticas do AM e respectivas experiências individuais, mais preparados se encontrarão para promover a sua prática de forma individualizada e ajustada (Ewing & Morse cit por Hauck & Reinbold, 1996).

O conhecimento das representações maternas relativas ao conceito de sucesso do AM parece ser uma área pouco explorada, face à importância que assume no planeamento das intervenções dos profissionais de saúde que mais se envolvem na promoção da sua prática, principalmente os enfermeiros.

No âmbito do I Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde, promovido pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação), surge o presente trabalho de investigação, cuja decisão de estudo recaiu sobre um foco de atenção dos

enfermeiros, ou seja, sobre uma área de intervenção, tal como descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional de enfermagem (International Council of Nurses, 2006), nomeadamente a promoção do AM. A sua problemática refere-se ao conceito de sucesso de AM que as mulheres que amamentam possuem, com a finalidade de contribuir para o planeamento de intervenções de promoção do AM de sucesso, tendo por base as expectativas de êxito das lactantes. São assim objectivos do estudo:

- Conhecer as representações que as mulheres que amamentam têm acerca do sucesso do AM;
- Identificar os factores que contribuem para o sucesso do AM, na perspectiva das mulheres que amamentam;
- Identificar as estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do AM.

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro é enquadrado o estado da arte do AM, organizado por uma abordagem sintética da evolução do fenómeno e da sua prática, consubstanciado com as recomendações que o fundamentam, bem como a exposição das diferentes perspectivas do seu sucesso, na óptica dos actores intervenientes. O segundo capítulo faz referência à apresentação dos métodos e procedimentos adoptados para a operacionalização do estudo. O terceiro capítulo descreve a apresentação, interpretação e discussão dos resultados obtidos. Finalmente, procedemos à exposição das conclusões e recomendações para as práticas profissionais.

I – SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O sucesso do AM representa uma prática com reconhecidas repercussões na protecção da saúde materno-infantil. Enquanto medida de saúde pública, envolve a acção concertada de vários agentes que, dentro das premissas da promoção da saúde, participam para que seja reconhecido como um acto natural e de direito, ao alcance das mulheres e das crianças.

1. SAÚDE, PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A saúde é um bem inestimável ao Homem, na sua realização enquanto ser bio-socio-psico-cultural e espiritual. É um direito universal, que deve estar ao alcance das pessoas, de forma equitativa. Para isso, intervém múltiplas variáveis, desde políticas públicas até ao envolvimento comunitário e individual.

A compreensão do sucesso do AM implica que seja contextualizada a sua prática nos domínios da promoção e da educação para a saúde, áreas inexoráveis para o seu desenvolvimento.

1.1. O Conceito de Saúde

A saúde sempre foi valorizada como indispensável ao bem-estar individual e colectivo, associando-se a sua definição, durante muito tempo, à ausência de doença. O conceito de saúde é relativo e deriva de valores individuais, concepções científicas, religiosas ou filosóficas, sendo por isso subjectivo. É inerente a cada pessoa e reflexo do arquétipo social, económico, político e cultural e contextualizado numa determinada época, dependendo do local e da classe social (Scliar, 2007). Procede do significado e valor atribuídos à mesma por parte dos indivíduos, sendo o seu projecto vida, sentido de felicidade e forma específica de estar no mundo, factores dos quais depende a saúde de cada pessoa (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

A criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), permitiu estabelecer alguns consensos acerca do conceito de saúde, que surgiu na sua Carta de

Princípios, divulgada a 7 de Abril de 1948, e que considerou a saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, implicando este conceito a depreensão do direito universal à saúde e a obrigação dos Estados na promoção e protecção da mesma.

O conceito de saúde generalizado pela OMS, apesar de ter sido alvo de diversas críticas, nomeadamente na concepção da saúde como algo utópico, demonstrou que “estado de saúde” se diferenciava de “ausência de doença”. Marcou uma ruptura com o paradigma biomédico vigente até então, na lógica de uma nova abordagem conceptual, definindo a saúde como um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores, principalmente de natureza cultural, social, pessoal, religiosa e outras (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005). Com a validação destas variáveis, “o conceito de saúde evoluiu para uma dimensão integradora de uma multiplicidade de condições que se orientam para a auto-realização do indivíduo” (ibidem, p.12), que é visto sob uma perspectiva holística e relacionado com a qualidade das suas relações interpessoais com o seu contexto (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011) ao longo do seu ciclo vital, estando dependente da criação de políticas favoráveis, ambientes promotores de saúde e contextos saudáveis à formação de indivíduos preparados para a adopção de comportamentos de saúde saudáveis.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, saúde pode ainda ser definida como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.3).

Numa óptica holística, para a promoção da saúde torna-se importante o empoderamento da pessoa, a valorização dos factores que influenciam favoravelmente a saúde, em detrimento daqueles que acarretam problemas e

que poderão afectar o seu bem-estar global. É importante a articulação entre estes factores, inseridos no *background* do indivíduo e os sistemas que o constituem, já que a sua saúde é um processo dinâmico, “contextualizado no tempo e no espaço, onde ocorrem sistematicamente, equilíbrios e desequilíbrios e se procura a optimização do potencial dos indivíduos em interacção com o meio” (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011, p.5).

Os factores que determinam a saúde foram realçados primeiramente com o Relatório Lalonde (1981), que concedeu às áreas da biologia humana, ambiente, estilos de vida e sistema de saúde uma importância preponderante. A Organização Mundial de Saúde (OMS) designou os **determinantes de saúde**, como o conjunto de factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (WHO, 1998b). Com vista à esquematização das ligações existentes entre os factores atrás referidos, Dahlgren e Whitehead (2007) propuseram um modelo organizativo disposto por camadas em que, assumindo o núcleo os factores individuais imutáveis (tais como a idade, o sexo e os factores genéticos), se sucedem respectivamente os comportamentos e estilos de vida individuais; a influência das redes comunitárias e de apoio; as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais e, por fim as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade, que possuem grande influência sobre as demais camadas.

A intervenção sobre os determinantes de saúde “é tanto mais abrangente quanto se conseguir incidir sobre os determinantes mais globais e tanto mais eficaz quanto for direccionada, de forma articulada e simultânea, para diferentes níveis” (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011, p. 8), sendo desta forma possível a promoção da saúde.

1.2. A Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde perpassa actualmente o universo da saúde, envolvendo a articulação de outros domínios sociais, como a educação.

A conceptualização da promoção da saúde remonta à Declaração de Alma-Ata, à Estratégia Regional Europeia “Saúde Para Todos no Ano 2000” e à Carta de Ottawa.

Com a Declaração de Alma-Ata estabeleceram-se como prioridades de actuação a promoção da saúde e a prevenção da doença, através do envolvimento comunitário na figura dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sob a responsabilidade de todos os Governos, com enfoque multisectorial (WHO, 1978). As elevadas taxas de mortalidade materno-infantil foram uma das principais preocupações evidenciadas.

A Carta de Ottawa, no seguimento da Declaração de Alma-Ata, representou um marco de referência na promoção da saúde, definindo-a como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar (WHO, 1986). Para sua operacionalização, estabeleceu cinco áreas prioritárias de intervenção: o estabelecimento de políticas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da acção comunitária; o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, consideraram-se prioritárias as políticas públicas saudáveis, entre as quais, o apoio à saúde da mulher, a alimentação e nutrição, a redução de consumo do tabaco e do álcool e ainda a criação de ambientes favoráveis. No que se refere ao apoio à saúde da mulher, recomendou a equidade nas práticas de nascimento, que se deveriam fundamentar nas necessidades e preferências das mulheres e nos mecanismos de apoio no trabalho do cuidado infantil, principalmente nas mães com filhos pequenos, licenças parentais e licenças para a prestação de cuidados de saúde a dependentes (WHO, 1988).

A Quinta Conferência Global sobre Promoção de Saúde, reafirmou a importância da procura da equidade (na qual a mulher assume um papel importante) e a responsabilidade dos governos no desenvolvimento social, com a colaboração dos diversos sectores da sociedade (reforçando que a participação da mulher nos processos de decisão política poderia ter representatividade nas acções de promoção da saúde) (WHO, 2000).

Na extensão destas conferências, geraram-se contributos importantes para a definição de políticas de saúde que, assumindo o cidadão como referencial, procuraram diminuir as desigualdades sociais e estabelecer metas que previssessem a melhoria da qualidade de vida das pessoas. No âmbito da promoção de saúde materno-infantil, foi reconhecida a importância do papel da mulher, estabelecendo-se as primeiras linhas orientadoras para a protecção da sua saúde, bem como das condições essenciais ao apoio da maternidade, numa lógica de equidade.

Actualmente, o principal postulado da promoção da saúde é o reconhecimento da saúde como um recurso para a vida, para o qual concorrem esforços colectivos. Entendendo a saúde sob esta óptica, a pessoa é responsabilizada pelas opções que toma para a sua vida, aprendendo a lidar quer com oportunidades quer com insucessos, desenvolvendo as suas capacidades de resiliência. Para tal, “cada cidadão assume assim um papel inelutável de actor e educador de saúde, pelo que a educação se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida” (Barroso, Pereira, & Rodrigues, 2005, p. 19).

Cabe aos profissionais de saúde, enquanto educadores e promotores de saúde, exercerem no domínio das suas competências os desígnios da OMS e cooperar com o indivíduo, família e comunidade na tomada de decisões favoráveis à adopção de estilos de vida saudáveis. Numa óptica de promoção de saúde, na prevenção primária, os profissionais de saúde devem centrar as suas acções na dimensão saudável da pessoa, orientando-a, envolvendo-a e co-responsabiliza-a para a mudança de comportamentos e/ou adopção de estilos de vida saudáveis desde o nascimento. Na prevenção secundária, estes profissionais devem actuar no sentido de prevenir a exposição a situações de risco e vulnerabilidade e, na prevenção terciária, procurando diminuir o impacto das complicações de saúde através de tratamento ou reabilitação (ibidem).

Nesta lógica de promoção de saúde, surge a educação para a saúde (EpS) como recurso fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

1.3. A Educação Para a Saúde

A capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida é fundamental, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crônicas e incapacidades (WHO, 1986). Neste processo de capacitação individual, a aprendizagem de habilidades é um mecanismo fundamental, que pode ser trabalhado recorrendo a múltiplas estratégias, entre as quais se destaca a EpS.

A EpS insurge-se como um processo vocacionado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos a adotarem ou a modificarem comportamentos que permitam um melhor nível de saúde.

No seguimento dos preceitos da Declaração de Alma-Ata, os CSP representam uma estrutura prioritária para a educação das pessoas sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, sendo a EpS e a informação, recursos privilegiados para essa educação (WHO, 1978). A OMS refere que a EpS “compreende as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente, que pressupõe uma forma de comunicação destinada a alfabetização sanitária, incluindo a melhoria dos conhecimentos das populações relativamente à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam à saúde individual e da comunidade” (WHO, 1998b, p. 4).

O conceito da EpS tem sido amplamente discutido, dada a sua visão transdisciplinar, em função dos avanços técnico-científicos vividos. É uma ferramenta transversal a várias áreas do saber (Russel, 1996), variando de acordo com as diferentes orientações políticas e filosóficas que os autores detêm, dependendo da forma como veem o mundo e, consequentemente, a saúde e a doença.

Considerando a EpS como uma forma de promover o desenvolvimento humano como parte de um complexo ecossistema, faz sentido que as várias áreas do saber se articulem na sua concretização. O êxito da EpS relaciona-se

com uma pluralidade de agentes, transversais entre si, que operam no sentido sócio-educativo de promover, proteger e potenciar a saúde e qualidade de vida das pessoas, através da investigação acerca dos factores que interferem nos determinantes de saúde (Greene & Simons-Morton, 1984). Com as ciências da educação, é possível estruturar a aprendizagem e os processos de comunicação pedagógica (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, p. 47). No que respeita ao domínio das ciências da saúde, são os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos e os enfermeiros, quem detém maior responsabilidade, competência e capacidade de intervenção ao nível da Promoção e da Educação Para a Saúde, junto da comunidade onde exercem a sua actividade profissional.

O enfermeiro por inerência das suas funções, é um educador para a saúde, dado que para cuidar, é fundamental educar. A sua actuação ultrapassa a transmissão de informação técnico-científica: baseia-se numa intervenção respeitadora dos princípios culturais, conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, 2000). O seu posicionamento na equipa de saúde, associado às oportunidades que dispõe no conhecimento e contacto com as famílias e seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como os recursos comunitários disponíveis (Carvalho & Carvalho, 2006), concedem-lhe um papel facilitador para a mudança.

2. PROTECÇÃO, PROMOÇÃO E SUPORTE DO ALEITAMENTO MATERNO

Para crescer e desenvolver-se saudavelmente, o recém-nascido precisa de alimentação apropriada, protecção contra as infecções e um ambiente adequado, proporcionáveis pelo AM (Cardoso, 2006). Até aos dias de hoje, esta prática foi sendo influenciada por múltiplos factores, transversalmente à evolução social, cultural, económica, política e religiosa.

Serão descritos de seguida, uma breve resenha histórica do AM, bem como a evolução do enquadramento político-social que sustenta na actualidade, os esforços de protecção, promoção e suporte para o sucesso do mesmo, assim como alguns dados relativos iniciação, manutenção e desistência do AM.

2.1. Dos Primórdios do Aleitamento Materno à Actualidade

Todos os cuidados que são prestados ao recém-nascido divergem de acordo com as dissemelhanças culturais, tendo merecido desde sempre a questão da alimentação especial enfoque dada sua relação com a estabilidade e crescimento das populações (Dowling, 2005). Moldado por valores culturais, o AM percorreu um extenso caminho a par com o desenvolvimento das civilizações (Castilho & Filho, 2010), pois refere-se a “uma relação humana (...) inscrita na cultura e submetida à esfera social inserindo uma complexidade própria ao fenómeno que transcende o aspecto nutricional que lhe é inerente e que ultrapassa a díade mãe-filho” (Bosi & Machado, 2005, p. 18).

Se no período Paleolítico, a sobrevivência dos filhos dependia do acto da amamentação, levado a cabo pela mãe ou por outra mulher que a substituísse (Castilho & Filho, 2010), no período Neolítico, a domesticação dos rebanhos e a ordenha dos animais terá marcado o recurso a outros animais, na substituição da amamentação como estratégia de sucesso na alimentação da criança (Bosi & Machado, 2005).

A Revolução Industrial, testemunhou a viragem no comportamento milenar da alimentação infantil. A introdução da mulher no mundo do trabalho

levou à antecipação do desmame e à introdução de alimentos complementares que, aliado ao desconhecimento de métodos para a conservação do leite, teve consequências nas taxas de mortalidade infantil (Castilho & Filho, 2010). No século XX, “a industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó” (Lo & Kleinman, cit por Vinagre, Diniz, & Vaz, 2001, p. 345), associados ao marketing da indústria que promoveu os substitutos do leite materno e à desinformação dos profissionais de saúde, foram os principais responsáveis pela diminuição das taxas de AM. Iniciou-se um processo de medicalização do AM, com supremacia dada à “cultura do biberão”, subsidiada desde os anos 60 pelo movimento feminista. Esta situação implicou, no decurso do século XXI, que grande parte das jovens mulheres que iniciaram o seu projecto de maternidade não tenha vivenciado a experiência do AM, acrescido da impregnação social de mitos, que exigem da sociedade actual um esforço redobrado no sentido de a resgatar.

No século XX, na década de 70, a sociedade deu início aos primeiros movimentos a favor do AM, perante as elevadas taxas de mortalidade infantil e à agressividade da indústria no que se refere ao marketing dos substitutos do leite materno (Joseph cit por Castilho & Filho, 2010). Face ao acentuado decréscimo da prática do AM, os governos e organizações internacionais definiram políticas que contribuíssem para a sua recuperação. Subsidiaram para tal os avanços da investigação acerca dos benefícios e vantagens do AM e consequente regulamentação política do marketing dos substitutos de AM, bem como a garantia do direito à licença de amamentação. Pretendeu-se assim desvanecer alguns mitos instituídos na sociedade, promover práticas de sucesso do AM e consequentemente aumentar a sua prevalência, com vista ao desenvolvimento mais saudável possível das crianças (Castilho & Filho, 2010).

2.2. Recomendações Sobre Aleitamento Materno

O tema do sucesso do AM encontra-se longe de ser pacífico, tendo a sociedade crescido durante muito tempo e por sucessivas gerações, sem ver o AM como a forma mais natural de alimentar os bebés (Lourenço, 2009).

Perante este facto, as autoridades de saúde têm envidado esforços no sentido da protecção, promoção e suporte do AM, através da difusão de políticas de saúde favoráveis.

O Enfoque Internacional

Ao ser reconhecido como o meio através do qual “aprendemos a ser humanos” (Montagu cit por Cardoso, 2006, p. 44) o AM foi consagrado como direito humano pela Convenção Mundial sobre os Direitos da Criança, (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1989) (ratificada por Portugal em 1990), já que as mães e os bebés formam uma unidade biológica e social inseparável e a saúde e nutrição de umas não podem ser separadas da saúde e nutrição de outros (WHO, 2003a). Também a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres ratificada em 1979, assegura à mulher o direito à amamentação dos filhos (UNICEF, 1979).

Com o alerta dado pela Declaração de Alma-Ata face às elevadas taxas de mortalidade infantil, os primeiros esforços de promoção, protecção e suporte ao AM foram recomendados (WHO, 1978). Neste âmbito, a OMS e a UNICEF incentivaram o apoio e promoção do AM pelo máximo tempo possível, através da elaboração de um documento que regulamentasse as questões de marketing associada aos substitutos do AM.

As Assembleias Mundiais de Saúde (AMS) reconheceram as evidências científicas e a importância dos esforços de protecção, promoção e suporte, tendo a 34ª AMS aprovado o “Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Aleitamento Materno”, que descreveu as normas de protecção ao AM enquanto estratégia privilegiada de alimentação na primeira infância (WHO, 1981). Quase uma década mais tarde, foi aprovada a Declaração de Innocenti que reconheceu a importância do AM, como um processo único (UNICEF, 1990). Declarou, entre outras medidas, que todos os governos deveriam desenvolver uma política de AM com vista à redução da morbi-mortalidade infantil, assumindo como código de conduta um conjunto de passos/medidas para práticas de AM de sucesso (ibidem). Este registo de

basilar importância, mantendo as linhas-mestras da sua constituição, foi revisto e adaptado em 2005.

A Declaração Conjunta da OMS e UNICEF (WHO, 1986b), designada de “Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis” encetada na Cimeira Mundial para a Infância, representou uma das iniciativas de maior impacto na promoção do AM. Com a sua publicação, fundamentou-se a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAB) que, descrevendo os dez passos a adoptar pelas maternidades para o apoio do AM, lhes confere o “selo de qualidade” de instituição “Amiga do Bebê”, que consistem em:

- 1 – Ter uma política de promoção do AM escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
- 2 – Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política;
- 3 – Informar todas as grávidas sobre vantagens e a prática do AM;
- 4 – Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento;
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
- 6 – Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
- 7 – Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8 – Dar de mamar sempre que o bebé queira;
- 9 – Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação;
- 10 – Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade (ibidem).

No seguimento da Cimeira do Milénio, os dirigentes mundiais reafirmaram a sua responsabilidade no cumprimento das obrigações para com todas as pessoas no mundo, nomeadamente as mais vulneráveis, como as crianças. Comprometeram-se a atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, no

combate à pobreza e ao desenvolvimento sustentável, com horizonte temporal até 2015. Neste compromisso, a quarta das oito metas, implica a redução de dois terços da mortalidade infantil abaixo dos cinco anos, entre 1990 e 2015, para a qual participa, o AM (Nações Unidas [NU], 2000). O Governo Português, no seguimento da Resolução da Assembleia da República nº 71/2010, recomenda que seja reafirmado o seu compromisso no cumprimento dos 4º e 5º objectivos de desenvolvimento do milénio, relativamente à redução da mortalidade infantil e à melhoria da saúde materna (Resolução da Assembleia da República nº71/2010).

Baseando-se no Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno, nas resoluções das AMS e de acordo com a Declaração Mundial e Plano de Acção para a Nutrição da Organização das Nações Unidas para a alimentação e agricultura (FAO) /OMS (2001) foi emitida, na 55ª AMS, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância, adoptada por todos os estados-membros da OMS (WHO, 2003a). Esta, não sendo inovadora dado que confirma muitas das recomendações de outros documentos, traduz um guia de abordagens específicas para cada país, com vista à melhoria das práticas alimentares, definindo como alimentação excelente **o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida da criança e, em complementação com a restante alimentação, até aos dois anos ou mais**, com particular importância para as crianças em circunstâncias difíceis. Por outro lado, reforça a obrigação prioritária dos governos na formulação, implementação, monitorização e avaliação de políticas e planos nacionais, bem como no cumprimento diligente das directrizes dos documentos que a sustentam (ibidem). Esta recomendação é também corroborada pelo programa governamental “Heathy People 2010” dos Estados Unidos da América, partilhada pela Academia Americana de Pediatria e pela Sociedade Canadiana de Pediatria.

A grande maioria das mães podem e devem amamentar os seus filhos, do mesmo modo que a grande maioria dos lactentes podem e devem ser amamentados (WHO/UNICEF, 2009). Apenas nas circunstâncias excepcionais em que os lactentes não podem ou não devem ser amamentados, a eleição da

melhor alternativa passa pela alimentação do lactente com leite extraído da sua mãe, leite materno de uma ama-de-leite sã ou de um banco de leite e, só no final se deverá ponderar a administração de um sucedâneo do leite materno, através de um copo (ibidem).

O sucesso do AM tem-se traduzido, actualmente, pelos resultados obtidos nos indicadores estipulados pela OMS (2008), face à necessidade de monitorizar o progresso global dos esforços de promoção do mesmo. Perante estes imperativos, definiu consensualmente a alimentação da criança como:

- Aleitamento Materno Exclusivo: Leite materno, que inclui leite extraído manualmente ou através de bancos de leite, (podendo ser administrados sais de rehidratação oral, gotas e xaropes, tais como vitaminas, minerais e medicamentos);
- Aleitamento Materno Predominante: Leite materno como principal fonte de alimentação e outros líquidos (água, chás ou sumos de fruta), para além dos sais de rehidratação oral, gotas e xarope. Não é considerado neste tipo outros alimentos (leite de origem animal e alimentos líquidos ou liquefeitos);
- Alimentação Complementar: Leite materno e alimentos sólidos ou moles, podendo ainda conter leite de origem animal, e leites especialmente adaptados para crianças. Esta definição destina-se a crianças com seis meses ou mais;
- Aleitamento Materno: Leite materno e qualquer outro alimento ou líquido, onde se inclui o leite de origem animal ou artificial;
- Alimentação por Biberão: Qualquer líquido, onde se inclui o leite materno, ou alimento liquefeito, administrado por biberão e tetina.

Através dos dados disponibilizados pelo Centro de Investigação de Innocenti, a UNICEF (2005) documentou que cerca de 13% dos cerca de 10 milhões de mortes de menores de cinco anos que ocorrem em 42 países e que contabilizam 90% das mortes infantis em todo o mundo, poderiam ser prevenidas através da prática do AME nos primeiros seis meses de vida, com uma redução de quase 6% se após esse período tivesse sido introduzida uma adequada alimentação complementar. As causas para estes resultados,

apontam para a falta de informação das mães e a falta de apoio aos profissionais de saúde, a par com o marketing agressivo da indústria.

O Enfoque Europeu

Na Europa, o AM é apresentado como medida prioritária no Primeiro Plano de Acção para a Alimentação e Políticas de Nutrição do Gabinete Europeu da OMS para 2000-2005 (WHO/EURO, 2001). No seguimento dos documentos emanados internacionalmente, a UE apoiou o projecto EURODIET (UE, 2001) que recomendou o desenvolvimento e implementação de planos de acção para a promoção do AM ao nível dos Estados-Membros.

O projecto “Protecção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: um Projecto em Acção” surgiu em 2004, promovido e financiado pela UE, tendo sido revisto em 2008 (UE, 2008). Consiste num “plano modelo que sublinha as acções que um plano nacional ou regional deveria integrar e implementar no sentido de uma protecção, promoção e suporte eficaz ao aleitamento materno”, no seguimento das directrizes recomendadas internacionalmente, adaptadas ao contexto europeu (UE, 2008, p.14). Enquanto plano modelo possui um intuito normativo para os estados-membros, sendo o resultado esperado “uma melhoria generalizada nas práticas e taxas (iniciação, exclusividade e duração) de AM a nível europeu” (ibidem, p.16).

O Enfoque Nacional

Em Portugal, a receptividade aos movimentos de promoção, protecção e apoio do AM tem sido positiva, na medida em que sempre se aprovou ou aderiu a documentos e declarações, se desenvolveu trabalho proveitoso por parte de várias entidades e se colaborou no trabalho internacional com a contribuição de peritos nacionais (Lourenço, 2009).

A resposta portuguesa à Declaração Conjunta “Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis” (WHO, 1989), surgiu em Maio do ano seguinte, através da criação da Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê. Para além da acreditação dos Hospitais Amigos do Bebê, levaram a cabo a publicação de um

manual de apoio ao AM dirigido às mães e criaram um serviço telefónico que presta apoio às mães que amamentam (desde Novembro de 1998), formado por voluntários com formação em aconselhamento em AM.

O primeiro curso de Formação de Formadores em AM da OMS/UNICEF, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) iniciou-se em 1996, e permitiu a expansão da formação em conselheiras de AM, e a difusão pelos profissionais de saúde de novos conhecimentos na área da promoção, protecção e apoio ao AM (Alto Comissariado da Saúde [ACS] / ENSP, 2012b).

As orientações do Ministério da Saúde para 1998, com o intuito de afiançar o crescimento saudável das crianças, valorizaram a necessidade de reforçar o apoio às mães e recomendaram o fomento do AM. A meta para o ano de 2002 era que 50% dos recém-nascidos beneficiasse de AM até, pelos menos, aos três meses (Ministério da Saúde, 1998). Contudo, chegado o ano de 2002, os dados disponíveis sugeriam que mais de 90% das mães portuguesas iniciavam o AM, continuando a observar-se uma interrupção precoce, com quase metade das mães a desistirem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida dos filhos (Levy & Bértolo, 2008).

Com base nestes resultados, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) destacou, nas orientações estratégicas “Para Nascer com Saúde e Crescer com Segurança” do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, a importância do AM, considerando que “será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais” (DGS, 2004, p. 26).

Nos últimos anos verifica-se um alento reforçado na promoção, protecção e suporte do AM. Exemplos disso são o aumento dos cursos de formação de formadores e de conselheiros em AM, as comemorações da Semana Mundial do AM, os Encontros Nacionais de Conselheiras em AM, a constituição da Associação Mama Mater em 2004, a criação do sítio da internet Amamentar, da iniciativa da ENSP e do ACS, a par com as diversas contribuições das Administrações Regionais de Saúde (Lourenço, 2009). Paralelamente a estes marcos, avançou em Portugal em Agosto de 2009 o primeiro Banco Nacional de Leite Humano, sediado na Maternidade Alfredo da Costa.

O número de Hospitais Amigos do Bebê tem também vindo a crescer. O primeiro foi o Hospital Garcia de Orta em 2005, seguindo-lhe a Maternidade Bissaya Barreto em 2007, o Hospital do Barlavento Algarvio em 2008, a Maternidade Júlio Dinis e a Maternidade Alfredo da Costa em 2009. Em 2010, foi o Hospital Fernando da Fonseca, o sexto Hospital em Portugal a funcionar como Amigo dos Bebés (ACS/ ENSP, 2012b).

No seguimento da reforma dos CSP, tem-se expandido a lógica da IHAB para uma visão mais global, a dos “serviços amigos dos bebés”. Têm sido criados, através da DGS em parceria com a Associação Mama-Mater, os “Cantinhos da Amamentação” nos Centros de Saúde (CS), encontrando-se já registadas 43 unidades. Contudo ainda se aguarda uma proposta com os critérios que devem ser usados para certificar as unidades de CSP como unidades de saúde amigas dos bebés, estando já definidas as sete medidas da comunidade amiga dos bebés (ibidem):

- 1 – Ter uma política de promoção de AM, escrita, afixada, a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
- 2 – Dar formação à equipa para que implemente esta política;
- 3 – Informar todas as grávidas e a família sobre as vantagens e a prática do AM;
- 4 – Apoiar as mães a iniciarem e manterem o AM;
- 5 – Promover o AM exclusivo até aos seis meses e AM com alimentos complementares até aos dois anos;
- 6 – Providenciar ambiente acolhedor para as famílias que amamentam;
- 7 – Promover a colaboração entre a equipa de saúde e grupos de apoio ao AM na comunidade local.

A consistência das acções de promoção do AM deve-se, primariamente ao enquadramento que detém nas políticas de saúde nacionais. Sem este, a criação de ambientes favoráveis às práticas, ao encontro das recomendações das autoridades de saúde mundiais, não é possível. Em Portugal, existe um dispositivo legal aplicável à prática do AM, ajustado ao período da maternidade e paternidade (DGS, 2012a). Este dispositivo refere-se à Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro, que aprova a revisão do Código de Trabalho. Prevê que no âmbito

da protecção da parentalidade, o AM seja salvaguardado como um direito. O artigo 40º refere que a mãe e o pai trabalhadores tenham direito, por nascimento do filho, a licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe. A referida licença é ainda acrescida de 30 dias, no caso de cada um dos progenitores gozar em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após período de gozo obrigatório pela mãe (6 semanas de licença a seguir ao parto). A Dispensa para a Amamentação é assegurada no gozo de dois períodos distintos com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador, durante todo o período que durar a amamentação, sendo considerados esses momentos de dispensa como prestações efectivas de trabalho. Esta Lei permite também que a lactante seja dispensada de trabalho suplementar e trabalho nocturno (Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro).

Apesar do elenco legislativo nacional representar um fomento à promoção do AM, verifica-se insuficiente, uma vez que a lactante trabalhadora vê restringida a possibilidade de amamentar em regime livre a criança durante os seus primeiros seis meses de vida, condição de reconhecida importância para a prática do AME.

2.3. Iniciação e Duração do Aleitamento Materno

Segundo o Centro de Investigação de Innocenti, 10 anos após a adopção da Declaração de Innocenti, verificou-se que as taxas de AM aumentaram pelo menos 15%, estimando-se terem sido salvas mais de seis milhões de crianças por ano no mundo (UNICEF, 2005). Reportando-se a 2010, aponta que nos últimos 10 a 15 anos se verificou um progresso de 38% das taxas de AME, particularmente ao nível das regiões da Europa Central e Oriental (UNICEF, 2012). Aquando da publicação do Projecto de Acção para a Protecção, Promoção e Suporte ao AM na Europa, a informação disponível demonstrava não existir nos países da região um sistema padronizado de recolha de dados, o que dificultava a interpretação dos existentes. Afirmava-se que a taxa de AME até aos seis meses era baixa, em toda a Europa (UE, 2008). Em 2007, de

uma forma geral, a situação manteve-se, verificando-se as melhores taxas de AME aos seis meses na Holanda, Eslovénia e Áustria. A taxa de qualquer tipo de alimentação em crianças com menos seis meses subiu na Finlândia e em menor medida, nos Países Baixos e em Portugal. De uma forma geral, o cenário europeu relativamente à taxa de AME aos seis meses continuava inferior ao recomendado pela OMS e UNICEF, apesar de em alguns países se verificarem elevadas taxas de iniciação (ibidem).

Falar da AM em Portugal implica o encontro de algumas lacunas. Foi criado pela DGS, em parceria com a Associação Mamamater, em 2010, o Registo de Aleitamento Materno. Constitui o primeiro ponto de observação sobre o AM e tem como objectivo dar a conhecer o tipo de alimentação praticado pelos bebés e crianças desde o nascimento até à alta hospitalar, nas 24 horas que antecedem a consulta materna do puerpério e nas 24 horas que antecederam o acto de vacinação dos 2/3/4/5/6/15/18 meses.

Pela análise dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006, verificou-se uma tendência para o aumento das taxas do AME, no geral, em todas as regiões do país, com excepção do Alentejo (ACS/ENSP, 2012a). No último Inquérito Nacional de Saúde, destacou-se a Região Centro com as melhores taxas de prevalência de AME aos três e seis meses, com 63% e 44%, respectivamente (ibidem). A prevalência do AM à alta da maternidade, consoante os estudos disponíveis, as regiões e os anos de investigação variam entre 85% (ibidem) e os 91% a 98,5% (Lopes & Marques, 2004; Sarafana, Abecassis, Tavares, Soares, & Gomes, 2006; Sandes, et al, 2007; Caldeira, Moreira, & Pinto, 2007) com AME em 77,7% dos casos (Sandes et al, 2007). Até aos 6 meses, verifica-se que estes valores diminuem gradualmente, atingindo valores entre os 34,1% e os 36%, notoriamente abaixo da meta de 50% estabelecida pela OMS (ibidem).

No distrito de Viana do Castelo, verificou-se em 2002, que a taxa de iniciação do AM à data da alta da maternidade era de 97,5%, diminuindo para respectivamente 65,7%, 50% e 35,4% aos dois, quatro e seis meses de vida, não se distanciando muito do cenário nacional, destacando-se nas recomendações para as práticas de promoção do AM a implementação de

medidas a nível dos CSP, sendo o grupo alvo de intervenção as mulheres primíparas (Lopes & Marques, 2004). Dados apurados por Graça, Figueiredo e Conceição (2011) evidenciaram escassa variação geográfica: a taxa de iniciação de AM era de 97,4%, continuando a amamentar no primeiro mês 79,9% das mulheres, e 37,1% ao sexto mês de vida da criança. No que se relaciona com os principais determinantes na desistência de AM antes dos seis meses de idade, entre mulheres com filhos menores de 12 meses de idade e que frequentavam os CS da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho (ULSAM), verificou-se que a hipogalactia (41,1%), a recusa do bebé (20,5%) e a não progressão de peso do bebé (19,2%) eram apontados pelas mães como os factores mais frequentes (Ribeiro, 2010).

Os resultados globais do Registo do Aleitamento Materno, entre 1 de Julho de 2010 e 30 de Junho de 2011, evidenciam que em Portugal não se verificaram naquele período, diferenças entre as taxas de iniciação do AM entre os hospitais HAB e outros hospitais (98,5%), mas que à data da alta, a taxa de AME era superior nos Hospitais Amigos dos Bebés (72,5% nos Hospitais Amigos dos Bebés e 65,2% nos outros hospitais). No que se refere aos CSP, verificou-se que a taxa de AME à 5^a/6^a semana de vida do bebé é de 71,2% , declinando aos 4 meses para 26,9% e aos 5 meses para 14,7%. A taxa de aleitamento materno predominante aos 5 meses foi de 18,8%. Saliente-se que a duração média do AM verificada foi de 6 meses, sendo que a taxa de AM contínuo aos 18 meses era de 10%. A introdução de alimentos complementares (sólidos, semisólidos ou moles) foi de 13,1% antes dos 5 meses e de 24,3% antes dos 6 meses. Apesar da realidade nacional ainda se encontrar distante das metas preconizadas pela OMS como óptimas e abaixo até do recomendável, não deixa de ser importante realçar a utilidade da publicação do primeiro “retrato” do AM à escala nacional. Com um conhecimento tão objectivo e actual do ponto de situação do AM em Portugal, tornar-se-á muito mais facilitador o delineamento de estratégias adequadas para a sua promoção (DGS, 2012b).

Lourenço (2009) refere que a situação actual do AM deve-se a que muitos médicos e outros profissionais de saúde continuam a não receber

formação adequada em AM, seja acadêmica ou profissional, continuando a prevalecer na comunidade profissional e na sociedade a ideia de que o AM e fórmulas comerciais são equivalentes e que as mães a amamentar também necessitam de fórmulas comerciais para alimentar os seus filhos.

O sucesso do AM depende de um compromisso único, entre as várias entidades envolvidas, quer na definição de políticas de apoio e promoção, quer na operacionalização de práticas de saúde de qualidade. Este compromisso, assumido simultaneamente pelos profissionais envolvidos na prestação de cuidados no período pré-natal, puerpério e domiciliário, são essenciais para o resgate de experiências de AM de sucesso.

3. O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Do latim *successu*, a palavra sucesso, segundo o dicionário da Língua Portuguesa, significa «êxito, bom resultado» (Dicionário da Língua Portuguesa, 2007, p.443). Apesar desta definição clara, a sua interpretação é lata e subjectiva, dado que cada indivíduo lhe atribui uma interpretação diferente, mediante os seus objectivos individuais.

O conceito de sucesso do AM é amplo, sendo abordados na literatura vários critérios de avaliação baseados nos quadros epistemológicos de referência dos investigadores (Harrison, Morse, & Prowse, 1985). A percepção da mãe e dos profissionais de saúde acerca do sucesso do AM, quando enquadrada no seu contexto social, permite identificar e potenciar focos de intervenção ajustados às expectativas da mãe, podendo obter-se dessa forma ganhos efectivos em saúde para a mulher, criança, família e comunidade.

Seguidamente será abordada a perspectiva de sucesso do AM dos profissionais de saúde, onde se inclui o reconhecimento das suas vantagens, identificação dos factores determinantes do AM, bem como a análise sobre a importância da duração do mesmo. Será também explorada a perspectiva de sucesso do AM das mães.

3.1. Perspectiva dos Profissionais de Saúde

A decisão acerca do tipo de alimentação do bebé pode ser considerada a primeira grande decisão da mãe sobre a saúde do seu filho. Baseia-se em informações que esta adquire de várias fontes, especialmente dos profissionais de saúde, com especial destaque dos enfermeiros. O (re)conhecimento das vantagens do AM auxilia a tomada de decisão em amamentar e o planeamento das intervenções de saúde focadas nos factores determinantes do sucesso do AM, transversalmente ao incentivo à duração do AM, validam os ganhos em saúde associados à sua prática, pelos profissionais de saúde.

3.1.1. Vantagens do Aleitamento Materno

O resultado das intervenções ao nível da saúde infantil demonstra que a promoção do AME é a intervenção isolada em saúde pública com maior potencial para a redução da morbi-mortalidade na infância (Toma e Rea, 2008).

A investigação científica é extensa na descrição das vantagens do AM quer para a mãe como para o bebé e para o meio ambiente, a curto e a longo prazo, sendo consensual que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2008).

Face às suas vantagens, Dobbing, Kaiser, Sullivan, Nelson e Özsoyly (1994, p.344) afirmam que “se fosse disponibilizada uma nova vacina que pudesse prevenir a morte de um milhão ou mais crianças por ano e que, além disso, fosse barata, segura, de administração oral e não exigisse uma cadeia de frio, esta tornar-se-ia numa prioridade imediata para a saúde pública. A amamentação pode fazer tudo isso e mais ainda”. Darmstadt, Bhutta, Cousens, Taghreed, Walker e Bernis (2005) estimam que 38% das mortes das crianças com menos de cinco anos ocorram nas primeiras quatro semanas de vida, apontando dezasseis intervenções prioritárias, entre as quais se encontra o AM, com eficácia incontestável. Estima-se que a prática de AM não exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança resulte anualmente em 1,4 milhões de mortes, sendo responsável por 10% das doenças em crianças menores de cinco anos (Black et al, 2008).

Para a promoção da saúde, é fundamental que os indivíduos tenham acesso a informações actualizadas, adequadas e pertinentes, que fundamentem as suas opções de saúde. No âmbito da promoção do AM, a difusão das suas vantagens, no seguimento das recomendações da OMS e da UNICEF, figura-se como um importante recurso.

Vantagens para o Bebé

As vantagens do AM para a criança podem ser do âmbito nutricional, imunológico, metabólico e anti-infeccioso, intelectual/psicológico e relacionado com a diminuição do risco de desenvolver doenças crónicas.

Do ponto de vista nutricional, a composição do leite materno pode variar entre as mulheres em termos da quantidade dos seus constituintes, alterando-se as suas propriedades durante a mamada. Genericamente, o leite materno é composto por ácidos gordos polinsaturados, proteínas e ferro, disponíveis de forma a serem facilmente absorvidos (Michaelsen, Lawrence, Branca, & Robertson, 2003).

A quantidade de energia presente num litro de leite humano ronda as 750 kilocalorias. A comparação entre o leite de vaca e o leite humano demonstra que o leite humano contém um teor proteico inferior, sendo abundante em α -lactoalbumina e lactoferrina, que representam fontes importantes de aminoácidos essenciais. As fórmulas artificiais podem ter na sua constituição uma maior percentagem de caseína, disponível numa forma de difícil absorção, bem como β -lactoferrina, ausente no leite humano e passível de despoletar reacções alérgicas na criança. O leite humano possui um teor de cálcio superior ao do leite de vaca. O hidrato de carbono mais abundante no leite humano é a lactose que, para além de ser uma importante fonte energética, promove o crescimento de lactobacilos protegendo contra potenciais gastroenterites. A gordura é predominantemente polinsaturada, destacando-se o papel dos ácidos gordos de cadeia longa (LCPUFAs) no desenvolvimento neurológico da criança e no transporte das vitaminas lipossolúveis. Mesmo possuindo um teor de ferro baixo, o leite materno apresenta-o de uma forma de fácil absorção, que previne a anemia nos primeiros quatro a seis meses de vida (Latham, 1997).

A presença de prostaglandinas no leite humano, permite que o bebé tenha menos vómitos, diarreia ou obstipação, regurgitações e refluxo gastro-esofágico, pois auxiliam a motilidade digestiva e facilitam a tolerância digestiva (Cardoso, 2006).

A relação existente entre o AM e o crescimento estado-ponderal da criança, parece confirmar uma associação entre ambos no que se refere à diminuição do risco de obesidade em crianças amamentadas (Center of Diseases Control [CDC], 2007), devido a mecanismos biológicos distintos. O estilo de vida saudável da lactante traduz a adopção de uma dieta saudável e

um adequado nível de actividade física, que pode funcionar como modelo social para a criança. A presença de lectina no leite materno (Singhal et al, cit por CDC, 2007) parece contribuir para um processo de auto-regulação no consumo de leite e energia, por parte do lactente durante o AM, e que interfere na resposta hemodinâmica da criança à fome e à saciedade (Fisher, Birch, Smiciklas-Wright & Picciano, cit por CDC, 2007). Os níveis de insulina produzidos nas crianças alimentadas com fórmulas artificiais de leite infantis são superiores, devido a um maior aporte proteico (Lucas, Boyes, Bloom & Aynsley-Green cit por CDC, 2007). Este facto implica concentrações plasmáticas de insulina mais elevadas relativamente às das crianças amamentadas, o que estimula a deposição de tecidos adiposos e aumenta o risco de obesidade (Odeleye, de Courten, Pettitt & Ravussin cit por CDC, 2007).

A duração do AME pode modelar a taxa de crescimento na infância, não podendo ser associado directamente a sua duração com o índice de massa corporal (Gunnarsdottir, Schack-Nielsen, & Michaelsen, 2009). Outros aspectos deverão ser tidos em consideração na avaliação da relação entre o crescimento e a nutrição na infância, nomeadamente o contexto cultural que caracteriza o padrão de introdução de alimentos complementares (ibidem).

No que se refere às vantagens imunológicas, o leite materno contém substâncias bioactivas e imunológicas, que conferem protecção contra infecções víricas e bacterianas. Quando amamentado, a exposição do recém-nascido a alimentos e/ou líquidos potencialmente contaminados é diminuída e/ou eliminada. O leite humano possui factores antimicrobianos e outras substâncias que reforçam o sistema imunitário e protegem o sistema digestivo (Michaelsen, Lawrence, Branca, & Robertson, 2003).

Relativamente às vantagens anti-infecciosas, a evidência aponta para que, mesmo nos países desenvolvidos, o AM proteja as crianças contra infecções dos tractos respiratório e gastrointestinal (este último em menor extensão), sendo a protecção tanto maior quanto o período de AME (Kramer & Kakuma, 2002). Os efeitos protectores do AM parecem estar presentes nas taxas de incidência e prevalência da diarreia, ao nível de internamentos

hospitalares e taxas de mortalidade. Lamberti, Victora e Black (2011) numa revisão sistemática de dezoito estudos evidenciaram que crianças não amamentadas apresentavam maior risco de mortalidade por diarreia comparativamente com as crianças em AME entre os 0 e os 5 meses de vida e entre os 6 e 23 meses de vida, com qualquer tipo de AM. O AME durante os primeiros quatros meses de vida da criança ou mais parece diminuir o risco de internamento por causa respiratória para um terço ou menos daquele que se verifica nos lactentes alimentados com fórmula artificial, mesmo nos países desenvolvidos (Bachrach, Schwarz, & Bachrach, 2003). Quanto ao efeito protector nas infecções do trato urinário, verifica-se que as crianças com AME até aos 4 meses e em complementação com a restante alimentação pelo menos até aos seis meses, comparativamente àquelas que nunca foram amamentadas, apresentam menor risco de morbilidade por estas infecções, bem como dos sistema respiratório e gastro-intestinal (Duijts, Jaddoe, Hofman, & Moll, 2010). A comparação entre crianças em AME e crianças alimentadas exclusivamente com fórmula infantil demonstra que aquele pode ser associado a uma redução significativa (23%) no risco de otite média aguda (Ip et al, 2007). Parece que o AM confere um efeito protector no desenvolvimento de doença atópica, que tende a ser maior em crianças com herança genética de atopia (Van Odijk et al, 2003).

No que se refere às vantagens metabólicas, pode-se dizer que o AM actua como factor protector contra o desenvolvimento da diabetes mellitus tipo 1, devido às suas propriedades anti-infecciosas e porque retarda a exposição da criança a agentes prejudiciais na dieta (Collado-Mesa & Díaz-Díaz, 1998). Outros estudos apontam a existência de factores de confundimento (Ip et al, 2007). No que se refere ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, a OMS não considera o AM como factor de protecção (Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007).

Recentemente foram identificadas células estaminais na composição do leite humano. Este achado pode representar uma forma não invasiva de aceder a uma fonte de células indiferenciadas, relevante para inúmeras aplicações do domínio científico (Fan, Chong, Choolani, Cregan, & Chan, 2010).

No que se prende com as vantagens intelectuais e psicológicas, a OMS reconhece que um dos efeitos a longo-prazo do AM é o desenvolvimento cognitivo (Kramer, Aboud, Miranova, Vanilovich, Platt, Matush, et al, 2008). A criação de laços afectivos entre a mãe e o bebé pode influir igualmente no desenvolvimento intelectual (Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007). As crianças amamentadas parecem atingir maiores scores de quociente de inteligência que aquelas que não foram alimentadas com leite materno. Esta relação parece ser moderada por um factor genético envolvido na síntese dos ácidos gordos (Caspi et al, 2007).

Para além da finalidade nutritiva, o AM promove também a relação entre a mãe e o filho, pois a satisfação da necessidade de sucção e a proximidade íntima propiciadas pelo contacto pele com pele, promove o vínculo precoce e o fortalecimento dos laços afectivos entre mãe e filho (Aguilar-Cordero, 2005).

Vínculo é o termo que caracteriza a ligação emocional dos pais em relação ao seu filho e apego é o termo que caracteriza a relação da criança aos seus pais. Iniciam-se ambos na gravidez e aumentam após o nascimento, sendo cruciais para a sobrevivência e desenvolvimento da criança (Kennell & Klaus, 1998). Esta conexão despoleta-se tão rapidamente quanto mais contacto e proximidade existirem entre a mãe e o bebé após o nascimento, ou seja, através do AM (ibidem). O contacto e a proximidade física proporcionada pelo AM é, antes de tudo, uma necessidade biológica, para o bem-estar psicológico, pois “na amamentação, a intimidade dos corpos destrói as barreiras que quase sempre existem entre as pessoas e aproxima infinitamente mãe e filho. Aos poucos, eles vão-se conhecendo e, com a crescente harmonia recíproca, aumenta a mútua alegria na amamentação. Mãe e filho precisam um do outro física e espiritualmente” (Lothrop, 2000, p. 41).

As evidências actuais sugerem que o risco de desenvolver doenças crónicas é 20% a 200% maior nas crianças que não foram amamentadas, comparativamente àquelas que foram amamentadas na infância (Smith & Harvey, 2010).

Os efeitos do AM parecem interferir nos factores de risco cardiovascular da idade adulta. Os baixos níveis de sódio e elevados de potássio do leite

humano influem em valores de tensão arterial e de colesterol total mais baixos nas crianças amamentadas (Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007). Relativamente à tensão arterial no adulto, existe a evidência de um pequeno efeito protector na tensão arterial sistólica e diastólica. Alguns estudos da Europa Ocidental e América do Norte sugerem que o AM tem também um efeito protector sobre a obesidade (ibidem).

Alguns estudos apontam para o efeito protector do AM em relação à Doença de Crohn, colite ulcerativa e alguns cancros pediátricos (como por exemplo a leucemia), sendo no entanto necessárias mais investigações que sustentem estes achados (Michaelsen, Lawrence, Branca, & Robertson, 2003)

Relativamente a outras vantagens para o bebé, parece que o AM pode conferir um efeito protector contra o Síndrome de Morte Súbita. Este é tanto mais forte quanto a duração do AME (Hauk, Thompson, Tanabe, Moon, & Vennemann, 2011). Quanto às vantagens relacionadas com a saúde oral das crianças, não se verifica uma relação consistente entre o AM e a redução de cáries dentárias (Kramer et al, 2007) ou o aumento destas (Ribeiro & Ribeiro, 2004). A sucção permite, contudo, o desenvolvimento de todas as estruturas associadas ao sistema estomatognático, que envolve funções digestivas, sensitivas e fonoaudiológicas. O AM permite por isso o desenvolvimento ósseo e muscular da face, que garante melhorias na sua saúde em geral, devido às inter-relações existentes entre o sistema estomatognático e o equilíbrio do organismo (Bervian, Fontana, & Caus, 2008).

Vantagens para a Mãe

Para além de permitir “à mãe sentir o prazer único de amamentar” (Levy & Bértolo, 2008, p.8), a prática do AM parece traduzir-se noutros benefícios para a saúde da mulher.

Após o parto pela acção da ocitocina que é estimulada pela sucção precoce do bebé, o AME diminui a hemorragia pós-parto e facilita a involução uterina, diminuindo consequentemente o risco de anemia (Rea, 2004). Esta hormona detém ainda um papel importante na secreção láctea.

A relação entre o AM e a recuperação do peso da mulher anterior à gravidez não é consistente, podendo influenciar a perda de peso pós-parto outros factores tais como o rendimento familiar anual, o índice de massa corporal, a etnia, o ganho ponderal de peso durante a gravidez e o consumo de energia (Ip et al, 2007). No entanto, parece que o AME promove uma maior perda de peso no pós-parto nas mulheres (Hatsu, McDougald, & Anderson, 2008).

A duração do AM associa-se a uma redução do risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 em mulheres múltiparas, sem antecedentes de diabetes gestacional (Ip et al, 2007).

No que se refere ao efeito protector nas alterações da densidade óssea e, consequentemente no desenvolvimento de osteoporose nas mulheres que amamentaram, a literatura não evidencia uma relação unânime (Ip et al, 2007), apesar de existirem estudos que apontam uma diminuição na incidência de fracturas ósseas, nomeadamente na fractura da anca (Rea, 2004). A protecção contra a artrite reumatóide é ainda especulativa (Toma & Rea, 2008), necessitando de investigação mais aprofundada.

O efeito protector relativamente ao cancro de mama parece não ser consensual (Ip et al, 2007). Contudo, uma revisão de 47 estudos realizada em 30 países e envolvendo 50 mil mulheres com cancro da mama verificou que a amamentação foi tanto mais protectora quanto prolongada (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Existem indícios que sugerem uma diminuição do risco do desenvolvimento de cancro do ovário nas mulheres que amamentaram (Ip et al, 2007; Rea, 2004).

Amamentar funciona ainda como contraceptivo (Amenorreia da Lactação), pois impede a secreção da hormona libertadora de gonadotrofina, essencial para o desenvolvimento dos folículos ovários (Michaelsen, Lawrence, Branca, & Robertson, 2003). É para isso importante que o AM seja praticado em regime livre, sem intervalos nocturnos, sem suplementos de outro leite nem complementando com qualquer outro tipo de alimento até aos seis meses de vida da criança (Levy & Bértolo, 2008).

Vantagens para a Sociedade

O AM é o meio de alimentação infantil mais económico. Não acarreta custos com a aquisição de equipamentos para a alimentação artificial (fórmulas artificiais, biberões, tetinas, entre outros) pois é uma substância natural, não contaminada e auto-suficiente. Dado o seu impacto na redução da morbi-mortalidade infantil, traduz ganhos ao nível dos serviços de saúde e na diminuição do absentismo laboral, já que a utilização de fórmulas artificiais de alimentação infantil pode implicar riscos para a criança, para a mãe, para o ambiente e para a sociedade (Pina & Volpato, 2009).

O leite artificial é uma potencial fonte de contaminação, dado que não é esterilizado mas pasteurizado, o que exige cuidados acrescidos na sua preparação. Salientem-se os casos descritos da melamina presente no leite artificial chinês, dos vestígios de melamina e ácido cianídrico em leites comercializados nos Estados Unidos da América, bem como das mortes neonatais devidas a infecções por *Enterobacter sakazakii* (com fonte no leite artificial) e intoxicações por *Salmonella*. Também os utensílios necessários à preparação da alimentação com leite artificial são produzidos com materiais não biodegradáveis (plástico, silicone e metal) e que têm efeitos negativos no meio ambiente pois consomem recursos naturais, traduzem custos acrescidos no orçamento familiar e representam fontes de poluição (ibidem).

Nos Estados Unidos da América, com a prática do AM, seria possível reduzir cerca de 3,6 mil milhões de dólares por ano, em cuidados de saúde (Weimer, 2001), estimando-se que se 90% das famílias norte-americanas cumprissem a prática de AME durante os primeiros seis meses de vida, 911 mortes maioritariamente de crianças, poderiam ser evitadas (Bartick & Reinhold, 2010).

Para além das reconhecidas vantagens do AM, é importante o conhecimento para os profissionais de saúde dos seus factores determinantes, (adiante designados de determinantes) como estratégia essencial na promoção do AM.

3.1.2. Determinantes de Sucesso do Aleitamento Materno

Para os profissionais de saúde e em particular para os enfermeiros, o conhecimento dos determinantes para o sucesso do AM, representam uma importante ferramenta no planeamento das suas intervenções em saúde.

No contexto deste trabalho, os determinantes apresentados serão estruturados com base nas orientações emanadas pelo documento “Protecção, promoção e suporte do aleitamento materno na Europa: um projecto em acção”, que se organizam em diferentes níveis de influência: Mãe, Criança e Família; Sistema de Saúde; Políticas de Saúde Pública e Cultura e Políticas Sociais (UE, 2008). Este documento preconiza as linhas mestras para a organização dos esforços de promoção do AM na Europa, pelo que consideramos a referência mais adequada para a abordagem deste tema.

Mãe, Criança e Família

A vivência do AM como uma experiência de sucesso pela mãe depende do seu percurso individual de adaptação à gravidez e à maternidade, bem como da satisfação que sente face ao *feedback* dado pelas suas estruturas de suporte emocional familiares (Isabella & Isabella, 1994).

A compreensão dos determinantes de sucesso do AM relacionados com o binómio mãe-filho e família é basilar, pois é com base nas relações de intimidade, afecto e solidariedade que se estabelecem entre os seus membros, que são mobilizadas reservas físicas, psíquicas e sócio-culturais para auxiliar a mãe na vivência diária do AM (Nakano, Reis, Pereira, & Gomes, 2007).

No que se refere à idade da mãe, alguns autores consideram que não existe associação significativa entre esta e a duração do AM (Olimpio, Kochinski, & Ravazzani, 2010). Outros constataam que as mães com mais idade amamentam durante mais tempo, em exclusivo ou parcialmente, que aquelas com menos idade, especialmente nos casos em que existam mais filhos e/ou história pregressa de sucesso em AM (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006).

A influência da paridade, no que se refere à tomada de decisão em amamentar não é consensual. Alguns estudos sugerem que as primíparas apesar de serem mais propensas a iniciar o AM, tendem a mantê-lo por menos

tempo, introduzindo mais precocemente os alimentos complementares, ao passo que nas múltiparas parece haver forte correlação entre a forma de alimentação dos filhos anteriores e o último a nascer, prolongando-se o período de AM com as diferentes experiências de amamentação (ibidem). Caldeira, Moreira e Pinto (2007) verificaram também que se associavam à primiparidade taxas de abandono mais elevadas e mais precoces. Daí que alguns autores recomendem que as intervenções de promoção do AM devam incidir junto das mulheres mais jovens e primíparas (Meedya, Fahy, & Kable, 2010).

Quanto à saúde física da mãe, pode-se afirmar que a grande maioria das mulheres apresenta condições biológicas para amamentar (o que inclui iniciar o AM na primeira hora de vida, amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses e continuar a amamentar - com alimentos complementares apropriados - até dois anos de idade ou mais) (WHO / UNICEF, 2009). As contra-indicações absolutas referem-se a casos de infecção materna por vírus de imunodeficiência adquirida e as contra-indicações relativas a doença grave que impeça a mãe de cuidar do seu filho (por exemplo, sépsis), infecção por vírus Herpes Simplex tipo 1 e alguns tipos de medicação materna (ibidem).

A obesidade parece ser um factor importante na intenção, iniciação e duração do AM. Amir e Donath (2007) verificaram que mães obesas amamentam por um período de tempo mais curto que o normal, ao passo que mães com excesso de peso tendem menos a iniciar o AM.

No que se refere à saúde psicológica da mãe, a evidência aponta para que as mães com sintomatologia depressiva no pós-parto tendam a apresentar menor duração de AM, maiores dificuldades durante o processo e menores níveis de auto-eficácia. Verifica-se ainda que, em mães deprimidas seja menos provável a iniciação da prática do AM e de forma exclusiva (Dennis & McQueen, 2009).

A experiência prévia em AM por parte da mãe é um determinante de difícil análise, dado que é sensível às mudanças da dinâmica familiar, podendo alterar-se de acordo com variações sócio-económicas ou com o estado civil da mulher (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006). A literatura aponta, contudo, uma correlação forte entre a intenção da grávida em amamentar e a duração da

amamentação, sendo que havendo uma experiência prévia positiva, as mães tendem mais facilmente a replicá-la com os restantes filhos (ibidem). Junges et al (2010), detectaram numa análise qualitativa, fortes indícios de que experiência anterior em AM representa um factor de motivação para que esta ocorra novamente. Após o estabelecimento do AM, também a experiência de AM em filhos anteriores parece contribuir positivamente para a manutenção do AM durante mais tempo (Caldeira, Moreira, & Pinto, 2007). No que respeita ao factor intergeracional, parece que a duração do AM se apresenta discretamente maior entre as crianças cujas mães foram amamentadas (Horta, Victora, Gigante, Santos, & Barros, 2007). A forma como a mãe foi alimentada na sua primeira infância parece assim, influir sobre o tipo de alimentação que a mesma proporcionará ao seu filho.

Gribble (2009) estudou a percepção de um grupo de crianças amamentadas acerca do leite materno. Constatou que o leite materno era visto como um doce, comparado muitas vezes a alimentos agradáveis, descrito como “tão bom como o chocolate” e ainda “melhor que gelado” e classificado de forma geral como bom e delicioso (ibidem, p.10). Verificou que as crianças atribuíam às mamas fundamentalmente um papel nutritivo em detrimento do papel sexual, o que poderá levar a crer que, com o crescimento ocorrerá uma assimilação da cultura de “sexualização” das mamas, mas que muito provavelmente permanecerá retida uma aceitação da função nutritiva que perpassará nos papéis familiares futuros (ibidem).

A motivação para a amamentação, sendo um determinante que deve ser contemplado neste ponto dada a sua importância no processo educativo do AM, verifica-se que, de uma forma global, é maior nas mulheres com filhos (Ferreira, Nelas, & Duarte, 2011).

A escolaridade parece afectar positivamente a motivação para a prática do AM pelo menos nos países desenvolvidos, talvez pelo maior acesso das mulheres à informação (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006). Caldeira, Moreira e Pinto (2007), verificaram que as mães com grau de escolaridade mais elevado (licenciatura) apresentavam taxas de abandono do AM bastante menores que as com menos escolaridade.

O emprego materno poderá não representar um problema ao estabelecimento e manutenção do AM, desde que se encontrem garantidas condições favoráveis, tais como licença de maternidade, licença de amamentação ou possibilidade para o AM no local e horário de trabalho da mulher (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006). Índices de desmame maiores parecem coincidir com as lactantes trabalhadoras que excedem a carga horária de trabalho semanal de 20 horas (ibidem).

No que se refere à classe social, a evidência traduz uma relação entre famílias com menor poder aquisitivo e maior duração de AM, provavelmente devido ao fácil acesso e gratuidade associada (Olímpio, Kochinski, & Ravazzani, 2010), sendo neste âmbito importante ter em consideração as variações culturais.

O factor étnico não apresenta consenso na literatura. Kelly, Watt e Nazroo (2006), verificaram que as taxas de iniciação e manutenção do AM no Reino Unido são mais elevadas entre as mães negras e asiáticas, que nas mães de raça branca, em oposição ao que se assiste nos Estados Unidos da América, em que as mais baixas taxas de AM ocorrem nas mães negras não-hispânicas.

A informação e os valores relativos ao AM geram-se no contexto de vida da mulher, dado que esta não reage hermeticamente aos estímulos da sua cultura. Torna-se assim óbvia a relação entre a sua vontade individual em amamentar e o sucesso do AM – tão imprevisível quanto outro qualquer (Bartlett, 2002).

A decisão de amamentar é construída a partir das vivências da mãe e da relação que estabelece com os conceitos e experiências da sua cultura e tradição (Ferreira, 2004). Apesar de ser um processo complexo e ainda mal conhecido, a tomada de decisão em amamentar depende de uma multiplicidade de variáveis, de acordo com “a pressão social, o imaginário colectivo e as opiniões pessoais e em que as experiências próprias e as opiniões de pessoas significativas são determinantes” (Galvão, 2002, p. 49). Assim, para o sucesso do AM é fundamental a interligação de três variáveis que incluem, para além do lactente saudável e com boa capacidade de sucção e pessoal compreensivo, encorajador e competente, a existência de uma díade

(mãe e pai) motivados e decididos a amamentar (Applebaum cit por Galvão, 2002). A motivação materna no pré-parto associa-se a uma maior auto-confiança e descontração a seguir ao parto, aumentando a possibilidade de sucesso do AM com a precocidade da tomada de decisão em amamentar (ibidem), pois o que mais determina essa decisão é a intenção prévia de o fazer (Vieira, 2008). Verifica-se que mulheres com motivação endógena praticam mais frequentemente o AME até aos seis meses de vida da criança, quando comparadas com mulheres motivadas por agentes externos (Meedya, Fahy, & Kable, 2010).

As atitudes maternas face ao AM repercutem uma dimensão importante da explicação dos seus comportamentos. Coutinho e Leal (2005) verificaram que existe por parte das mulheres uma atitude de aceitação perante as vantagens da amamentação, “chegando mesmo as mulheres que já foram mães a considerar que todas devem amamentar, mesmo que não o desejem” (ibidem, p. 281) o que poderá traduzir que as atitudes positivas face à amamentação poderão ser um produto de desejabilidade social.

As dificuldades no cumprimento do projecto de AM surgem quando a mãe percebe limites na prática que, teoricamente não esperava vivenciar. Perante este facto, acciona um processo de aprendizagem através do qual define todo um conjunto de estratégias de *coping* que lhe permitirá lidar com os obstáculos com que se vai deparando, que pode ser designado de auto-eficácia (Fahy & Holshier, 1988). Níveis elevados de auto-eficácia associam-se a experiências de AM mais prolongadas (Meedya, Fahy, & Kable, 2010) e tornam-se tanto mais consistentes quanto maior o número de obstáculos de AM superados pela mãe, uma vez que após cada nova experiência, a lactante vê reforçada a sua auto-confiança (Binns & Scott, 2002). Depreende-se desta análise, a importância de munir a mãe de informações e competências validadas para agir sobre a sua experiência de AM, ou seja, de a empoderar para a acção sobre si mesma.

Segundo a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA, 2010), empoderar define o controlo da pessoa sobre os recursos físicos, humanos, intelectuais e económicos que a envolvem e significa que a pessoa se encontra

numa posição em que toma decisões acerca da sua própria vida. Aplicado ao AM, implica que seja disponibilizada à mulher toda a informação possível, bem como auxílio na análise das opções existentes, para a tomada de decisões informadas, que considerem adequadas para a sua saúde e bem-estar (ibidem).

A esmagadora maioria dos motivos referidos pelas mães para o desmame prendem-se com factores biológicos, fundamentados numa grande componente psicológica, do qual é exemplo a produção de leite insuficiente e/ou fraco. Meedy, Fahy e Kable (2010) referem que apenas 5% das mulheres apresentam efectivamente uma produção fisiológica de leite diminuída e que, nos casos em que esse factor é referido sem que haja uma base biológica, devem-se a uma percepção subjectiva devida a uma baixa auto-eficácia materna, corrigível com educações para a saúde adequadas.

As percepções subjectivas de alguns dos problemas percebidos pelas mães no estabelecimento do AM relacionados com a mama e o leite, devem-se a mitos e crenças criados ao longo dos séculos. Estes interferem na significação social do AM e podem actuar como barreiras à sua promoção, sendo utilizados como justificações para minimizar a responsabilidade e culpa das mães pelo fracasso da lactação (Marques, Cotta, & Priore, 2011).

Pertence à família a maior responsabilidade na construção da identidade feminina (Borsa & Feil, 2008), sendo as decisões tomadas pela mulher um indicador da percepção que a mesma tem sobre as atitudes de quem a rodeia (Vieira, 2008).

No que se refere ao estado civil da mãe, Brito, Alexandrino, Godinho e Santos (2011) verificaram num grupo de mulheres portuguesas que o aleitamento artificial ao fim de um mês de vida da criança foi mais frequente nas mães adolescentes e solteiras. A vivência de uma união estável, com o apoio do marido ou companheiro e outras pessoas, parece representar uma influência positiva na duração do AM, parecendo exercer a atitude positiva do pai efeitos na motivação e capacidade da mãe para amamentar (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006).

A atitude do parceiro no que diz respeito ao AM é importante para a atitude da mãe e das suas práticas de amamentação, sendo relevante a partilha das necessidades e preocupações, bem como a tomada de decisões conjunta (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). A percepção que as mães possuem acerca das atitudes do parceiro face à prática do AM assume um papel importante, sendo que muitas vezes os pais possuem mais atitudes positivas que aquelas que as mães pensam (Serafim & Lindsey, 2002). Os pais reconhecem a importância do AM para a saúde da criança, mas não valorizam porém, de modo geral, o auxílio oferecido à mulher como medida de contribuição efectiva para a manutenção do AM (ibidem).

A avó da criança geralmente representa uma figura com grande peso nas escolhas da mãe acerca dos cuidados ao filho. As avós, actualmente, pertencem a uma geração que nasceu num período em que o normal era a alimentação através de fórmulas lácteas infantis por biberão, e a excepção o AM. Para estas mulheres, na sua grande maioria, a suplementação do AM com leites artificiais e a introdução precoce de alimentos sólidos são atitudes normais. Parece, por isto, que a influência da avó no AME tende a evidenciar uma associação negativa, muito embora alguns estudos apontem que a intervenção em parentes próximos (em particular a avó) demonstra uma adesão às práticas correctas do AME (Sangalli, Henriques, & Oliveira, 2010).

Relativamente aos estilos de vida da mãe, parece existir uma relação positiva entre estilos de vida saudáveis (evicção de tabaco, álcool e drogas, alimentação equilibrada e prática de exercício físico) e o sucesso do AM. Sandes et al (2007) verificaram uma associação positiva entre a ausência de hábitos tabágicos e a presença de actividade física antes da gravidez e a experiência positiva de amamentar. Higgins et al (2010) constataram uma associação entre a cessação do tabagismo e o aumento da duração do AM. Chaves, Lamounier e César (2007) relataram a associação entre menor tempo de AM com uso de álcool ou tabaco. Gouveia et al (2007) verificaram, num grupo de mães portuguesas, uma associação entre a prática de exercício físico antes da gravidez e maior duração de AM.

No que se refere aos determinantes de sucesso do AM relacionados com o bebé, nomeadamente em relação ao peso à nascença, Jones, Kogan, Singh, Dee e Grummer-Strawn (2011) relataram, num estudo com crianças norte-americanas, que aquelas com peso ao nascer inferior a 1500 gramas apresentavam maior probabilidade de nunca serem amamentadas e, ao sê-lo, menor probabilidade de serem amamentadas exclusivamente. Numa população do concelho de Chaves, Fonseca (1999) depreendeu que a duração do AM se associava positivamente com o peso do bebé à nascença superior a 2500 gramas. Vituri e Brito (2003) encontraram associação positiva entre o AME no quarto mês de vida da criança e recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas.

No parto vaginal o estabelecimento da lactação pode acontecer mais precocemente, dado que o contacto mãe-filho é facilitado, contrariamente ao que pode acontecer na cesariana, em que poderão estar presentes o factor dor incisional ou o possível efeito pós anestésico que poderá implicar um retardamento neste contacto (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006). Mas parece que uma vez estabelecida a amamentação, o tipo de parto pode não afectar a duração do AM (Meedya, Fahy, & Kable, 2010).

Globalmente, a maioria dos recém-nascidos apresentam condições biológicas para serem amamentados, excepção feita em casos de doenças metabólicas (fenilcetonúria e galactosémia clássica) ou com muito baixo peso ao nascer ou muito prematuros (nas últimas situações referidas o AM continua a ser o tipo de alimentação privilegiado, sendo contudo aceitável a necessidade de complementação com fórmulas lácteas infantis por um período de tempo limitado) (WHO / UNICEF, 2009).

A qualidade da interacção entre a mãe e o bebé é um dos factores importantes para o sucesso do AM (Levy & Bértolo, 2008). Esta interacção pode ser definida “como uma valsa na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são descodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa” (ibidem, p. 9).

O processo do AM desenvolve-se de acordo com as próprias características do bebé, sendo a sucção adequada a evidência mais clara do estabelecimento bem-sucedido da amamentação (Lothian, 1995). Levy e Bértolo (2008, p. 10) referem que para um “aleitamento materno com sucesso, verifica-se habitualmente uma boa transferência de leite entre a mãe e o bebé; a transferência de leite refere-se não só à quantidade de leite que a mãe produz, como também àquela que o bebé obtém, sendo a actuação do bebé particularmente importante na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do leite pela mãe”. Este requisito essencial que caracteriza uma boa adaptação do bebé à mama, remete-nos para a importância da boa pega.

A boa pega reproduz-se quando o bebé e a mãe se encontram correctamente posicionados, a boca do bebé está bem aberta e o seu queixo toca na mama; o lábio inferior do bebé virado para fora; as bochechas arredondadas ou achatadas contra a mama da mãe, vendo-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé (WHO / UNICEF, 1993). A pega correcta resulta em múltiplos benefícios para o bebé: tais como aumento ponderal e desenvolvimento psicomotor adequado, bem como para a mãe: eleva a sua auto-estima e favorece a vinculação, factores que contribuem para um aumento da duração do AM (Pereira, 2006). Pereira, Levy, Matos e Calheiros (2008) verificaram que a correcção da pega na primeira mamada se associa fortemente com o aumento da percentagem de mães que amamenta em exclusivo e misto, bem como ao aumento do número de dias de AME, misto e total, depreendendo-se que a correcção da pega na primeira mamada favorece o sucesso do AM.

A maternidade envolve prática e experiência social, adquiridas através da observação do exemplo noutras mães. A vivência de experiências positivas no AM por mulheres próximas à mãe parece deixá-la mais confiantes na possibilidade de amamentar o seu filho (Junges et al, 2010). O contacto com recém-nascidos amamentados cria um diferencial entre as expectativas que a mãe desenha durante a gravidez e a realidade com que se depara no pós-parto. Este diferencial, se não for contrariado em situação de dificuldade, pode

actuar como catalisador do comportamento de alimentação da criança (Hoddinott & Pill, 1999).

Para além dos determinantes para o sucesso do AM relacionados com a mãe, criança e família, torna-se também importante conhecer aqueles que se relacionam com o sistema de saúde.

Sistema de Saúde

O acesso a cuidados de saúde pré-natais adequados, desejavelmente antes da concepção da criança e durante a gravidez, é uma medida fundamental para o sucesso do AM. Neste nível de intervenção em saúde, o trabalho precoce relacionado com a tomada de decisão da mulher permite delinear as estratégias de protecção e suporte que melhor se adequam (Vieira, 2008). Guise, Palda, Westhoff, Chan, Helfand e Lieu (2003) reforçam a eficácia dos programas educacionais realizados no atendimento pré-natal, constatando que, por cada cinco mulheres que o frequentem, três amamentam pelo menos até aos três meses de vida do bebé. A EpS em grupo parece traduzir uma estratégia útil (Oliveira, Camacho, & Tedstone, 2001). Shimizu e Lima (2009) constataram que as grávidas, na sua maioria, apresentam representações positivas acerca da consulta de enfermagem pré-natal (na qual se inclui a abordagem das questões relacionadas com o AM) devido à forma como são estabelecidas as relações entre o profissional e a grávida, com base num ambiente de acolhimento e escuta.

A eficácia dos benefícios do AM na saúde materno-infantil está dependente do papel desempenhado pelas maternidades / serviços hospitalares de obstetrícia e na precocidade do estabelecimento da amamentação após o parto, sendo para tal necessário que os padrões difundidos pela IHAB sejam adoptados, dada a associação positiva entre o local em que ocorre o parto e a iniciação e continuação do AM. (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). Esta constatação é corroborada por Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston (2011), que verificaram que mulheres que haviam recebido apoio e suporte contínuo na prática do AM durante todo o parto e período de internamento, tendiam a amamentar durante mais um a dois meses, quando

comparadas com mulheres que haviam experienciado apenas suporte efectivo durante o parto.

A UNICEF (2012) aponta alguns ganhos em saúde evidentes com a IHAB: num Hospital no Gabão os casos de diarreia neonatal diminuíram em 15%, bem como os casos de desidratação associados em 14%, havendo uma diminuição nas taxas de mortalidade infantil na ordem dos 8%. Na China, a taxa de AME nas áreas rurais aumentou de 29% em 1992, para 68% em 1994, verificando-se um aumento de 10% para 48% nas áreas urbanas. Num hospital do Chile, permitiu o aumento das taxas de AME aos seis meses de 20% para 60%.

A importância do reforço das intervenções de promoção do AM durante o período pós-natal por parte dos profissionais de saúde é evidente na literatura. Um estudo sobre a experiência de mulheres que prolongaram o AM até o máximo de 96 meses, verificou que na maior parte dos casos não existia previamente a intenção pelas mulheres de amamentar os filhos durante o período de tempo referido, constatando-se nesse sentido uma reorganização dos objectivos e opiniões iniciais quanto à duração da prática, no período pós-natal (Gribble, 2008).

No período pós-natal, a duração do AM condiciona-se pelo desmame da criança, que poderá iniciar-se com a introdução de fórmulas lácteas infantis. Caldeira, Moreira e Pinto (2007) constataram que a toma de pelo menos uma dose de fórmula láctea no hospital se relacionava com uma maior taxa de abandono do AM. O desmame surge quando a lactante não consegue dar resposta a dificuldades sentidas e que poderá ter causas diversas. Carvalhães e Corrêa (2003), após a aplicação de um formulário de observação da mamada realizado pela UNICEF, verificaram que quase um quarto das mães apresentou alguma dificuldade no início do AM em pelo menos um parâmetro da mamada, referindo como principais obstáculos a posição e pega incorrectas.

De uma forma global, a efectividade dos programas de promoção, protecção e apoio ao AM e que incluem intervenções programadas para vários momentos, que se operacionalizam desde o estabelecimento da lactação até ao desmame (incluindo o momento da alta e o pós-parto), traduzem um

aumento da incidência e da prevalência de AM (Fairbank, O'Meara, Renfrew, Woolridge e Lister-Sharp, 2000).

As atitudes de profissionais de saúde no suporte ao AM traduzem um indicador indirecto da qualidade da assistência prestada, parecendo que a experiência individual do próprio profissional de saúde ou do seu cônjuge no que respeita ao AM possibilita uma abordagem mais consistente com as mães (Faleiros, Trezza, & Carandina, 2006).

Entre os diferentes grupos de profissionais de saúde envolvidos na promoção do AM, as atitudes divergem. Os enfermeiros parecem demonstrar atitudes mais positivas relativamente aos médicos, e os técnicos docentes demonstram atitudes mais positivas que aqueles que trabalham em unidades de saúde comunitárias. Entre a classe de enfermagem, são os especialistas aqueles que apresentam atitudes mais positivas no que se refere à aceitação da decisão da mulher face à amamentação (Marinho & Leal, 2004).

Cameron, Hesketh, Ball, Crawford e Campbell (2010) verificaram que a participação em grupo de pais cujas mulheres se encontravam a amamentar crianças da mesma idade, interferia na continuação do AM até aos seis meses, sendo que, ao serem pais pela primeira vez essa experiência representava um importante cenário na manutenção do AM. Vari, Camburn e Henly (2000) verificaram que as intervenções de índole social que incorporem contactos no período pré e pós-natal ao longo do tempo, profissionalmente mediadas e apoiadas pelos pares, podem influenciar os resultados da duração do AME, bem como a satisfação com a amamentação.

As ligações que se estabelecem entre o Sistema de Saúde e o sucesso do AM implica que se compreendam também, os determinantes relacionados com as políticas de saúde pública, já que destas depende a organização dos cuidados de saúde.

Políticas de Saúde Pública

A OMS e a UNICEF incluem como medida prioritária o envolvimento de todos os governos na concretização das recomendações emanadas pela Estratégia Global de Alimentação Infantil (WHO, 2003a).

O estabelecimento de políticas de saúde pública favoráveis a partir das quais se organizam as restantes linhas de intervenção de promoção do AM, implica a criação da Comissão Nacional de AM, de normas no Sistema de Saúde propícias, o cumprimento do Código Internacional de Substitutos de AM, regulamentação jurídica no que respeita ao Código do Trabalho vigente e medidas de Educação, Informação e Comunicação (Wellstart International cit por WHO, 2003b). Para tal, é importante que os Governos priorizem a promoção do AM como a importante medida de saúde pública que representa e lhe destine um nível de apoio financeiro adequado à sua implementação.

Consequente à importância da definição de políticas de saúde pública de promoção do AM, encontram-se a organização do Sistema de Saúde (que inclui a formação pré-graduada dos serviços de saúde nesse contexto, a IHAB, Formação e treino em serviço e supervisão de suporte dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde), bem como a organização da comunidade (que inclui a participação e educação comunitárias, o treino/supervisão das redes de aconselhamento comunitárias, bem como o apoio financeiro às actividades de voluntárias de mãe para mãe) (ibidem).

Em Portugal, na definição de estratégias para a obtenção de mais saúde para todos, ao nível da abordagem centrada na família e no ciclo de vida, o PNS 2004-2010 prioriza o AM como critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, na definição das orientações estratégicas e intervenções necessárias do domínio “Nascer com Saúde” (DGS, 2004).

O estabelecimento e a implementação de políticas de saúde pública favoráveis representa uma medida nuclear de suporte à promoção do AM, pois só a partir da sua definição, poderão ser devidamente organizados esforços ao nível da cultura em geral e de políticas sociais dos quais resultem ganhos em saúde.

Cultura e Políticas Sociais

Apesar de biologicamente o leite humano ser um produto da acção fisiológica das mamas verifica-se que, como diz a gíria, “o leite vem da cabeça”. É a partir dessa “central de comando” que são regulados os actores

hormonais, que são geridos os pensamentos e emoções e ainda que se desenvolve o processo de aprendizagem do AM (Bartlett, 2002).

A compreensão da experiência do AM não deve ser desenhada do contexto individual da mulher, que frequentemente é desvalorizado face aos aspectos fisiológicos do processo da amamentação (Johnson, Williamson, Lyttle, & Leeming, 2009). O processo do AM ultrapassa a dimensão instintiva e compatibiliza determinantes biológicos e condicionantes socioculturais, o que lhe confere uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura (Almeida & Novak, 2004).

O suporte social influencia positivamente a iniciação e duração do AM (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). O seu conhecimento permite uma adequação ao *background* social da mulher e assim uma contextualização ajustada das intervenções a realizar.

O cumprimento do Código Internacional dos Substitutos do AM é um requisito da IHAB e defende que as pressões comerciais desencorajam e criam obstáculos ao AM. Sustenta a regulamentação das práticas de venda e propaganda usadas na comercialização de alimentos infantis, biberões e tetinas, ao nível de todos os serviços de saúde materno-infantil, dado que os interesses comerciais podem influenciar as decisões profissionais sobre a alimentação do lactente (WHO, 1981). Em Portugal, o Decreto-Lei nº 220/99 de 16 de Junho regulamenta as orientações do Código Internacional dos Substitutos do AM, através da definição de “regras relativas à comercialização das fórmulas para lactentes e das fórmulas de transição destinadas a lactentes saudáveis na Comunidade”, bem como “das entidades com competência para velar pela sua observância” (Decreto-Lei nº 220/99 de 16 Junho).

A implementação de medidas legislativas é determinante para a promoção do AM, como garantia da protecção do direito à amamentação, no que diz respeito a políticas de protecção à maternidade, isenção de custos de saúde, liberdade de amamentar em regime livre e em locais públicos e protecção contra a agressividade da publicidade das fórmulas lácteas infantis (Labbok, 2008).

O marketing social pode representar um potente instrumento na criação de ambientes favoráveis à amamentação, através da transmissão de mensagens eficazes (Brown & Peuchaud, 2008), que poderão ser conseguidas através de campanhas, sendo que as mensagens transmitidas serão tanto mais convincentes quanto claras, simples, adaptadas ao público-alvo e continuadas no tempo (Parlato, 1990).

Paço, Rodrigues, Duarte, Oliveira e Soares (2010) referem que com a integração de políticas, a criação de estratégias de marketing social e a constituição de campanhas de sensibilização, é possível actuar no reforço para a auto-estima da mãe e no empenho dos agentes envolvidos no sucesso do AM. Com o desenvolvimento da valorização do apoio do pai na tríade e a empatia por parte dos profissionais de saúde, assim como o apoio da família, dos amigos e da sociedade, é possível tornar o AM um comportamento social naturalmente aceite.

Li, Hsia, Fridinger, Hussain, Benton-Davis e Grummer-Strawnl (2004) descreveram que a maioria da população parece aprovar a amamentação em público, demonstrando que as pessoas com menor grau de educação ou mais velhas (com idade superior a 45 anos) são menos propensas a aceitá-lo. Referem que o reconhecimento pela população da importância da criação de salas para a amamentação nos espaços públicos confirma a necessidade de uma mudança cultural que incentive a implementação de uma política social que não recrimine a mulher por amamentar em público.

A criação de grupos de apoio de mãe para mãe baseados na comunidade enquanto determinante para o sucesso do AM, é um dos passos estipulados pela IHAB. A sua implementação com o apoio dos profissionais de saúde comunitários, representa um aspecto crucial na disponibilização de medidas de suporte à lactante, após a alta da maternidade e (re)integração na sua vida normal. O estabelecimento dos grupos na comunidade articulados com os serviços de saúde comunitários representam um potencial urgente, dado que, pela questão da proximidade, poderão ser mais capazes de fornecer a ajuda no reforço da auto-confiança da mãe e na superação de dificuldades (WHO, 1998a).

O nível de consciencialização e conhecimentos do público actual relativamente à prática do AM de uma forma lata, apresenta grandes assimetrias culturais. Se em algumas partes do mundo amamentar é uma questão de sobrevivência e por isso um acto implícito à maternidade, noutras assume-se uma opção de saúde, radicando-se os principais obstáculos em mitos e crenças que vão transitando até aos dias de hoje. De uma forma ou de outra, é importante contextualizar a visão de cada lactante no seu ambiente sócio-cultural e depreender da sua perspectiva as fragilidades e as oportunidades de uma prática de AM de sucesso.

3.1.3. Duração do Aleitamento Materno

A promoção do AM pelos profissionais de saúde foca-se no incentivo às mães em ampliarem a sua prática durante um período de tempo determinado, dado que as orientações de saúde internacionais e nacionais traduzem ganhos em saúde através do estabelecimento de metas quantitativas. As mães são incentivadas pelos profissionais de saúde a atingir o *gold standart* da prática do AME até aos seis meses de vida da criança (Spencer cit por Johnson, Williamson, Lyttle, & Leeming, 2009), orientando-se esta visão de sucesso do AM mais para os objectivos institucionais que para os maternos (McInnes, 2003).

A duração óptima do AM tem sido objecto de discussão ao longo do tempo. Em 1973 a FAO e a OMS estipularam o primeiro limite temporal para a prática exclusiva, até aos 3-4 meses de vida da criança, etapa a partir da qual defendiam que o leite humano se tornava insuficiente para as necessidades da criança. Esta recomendação tornou-se obsoleta com a germinação de conhecimentos científicos que demonstraram a sobrestimação das verdadeiras necessidades energéticas na infância (Kramer & Kakuma, 2002). Face à incerteza quanto à inadequação energética do leite humano enquanto alimentação exclusiva das crianças a partir dos 3-4 meses e à constatação de que não se verificavam défices no crescimento e desenvolvimento infantil das crianças amamentadas exclusivamente até aos 6 meses, surgiram dúvidas acerca do momento oportuno para a complementação da alimentação infantil

para além do AM, com outros alimentos sólidos e líquidos, bem como o receio sobre a perigosidade da introdução precoce de novos alimentos (ibidem).

Perante este “dilema do desmame”, a OMS procedeu a uma revisão sistemática da literatura, comparando o estado de saúde de crianças e mães que mantiveram exclusividade no AM até aos seis ou mais meses e o estado de saúde daquelas que mantiveram o AM até pelo menos aos seis meses, sendo em exclusivo até aos 3-4 meses. Concluiu que o AME até aos seis meses da criança não evidenciava riscos para a sua saúde, crescimento e desenvolvimento, manifestando esta prática expressão significativa na diminuição da morbilidade infantil por infeções intestinais e um prolongamento da Aménorreia da Lactação nas mães. Esta conclusão generalizou a recomendação, para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, do AME até aos seis meses de vida do bebé, enquanto política de saúde pública (ibidem).

No decalque do modelo médico, o crescimento, desenvolvimento e as taxas de morbi-mortalidade infantil, sobreponíveis à duração do AM, são os principais critérios de avaliação de sucesso do mesmo. Caracterizando-se o factor duração como um indicador de avaliação do sucesso adequado sob o ponto de vista sanitário, torna-se por outro lado pouco coerente, sob uma óptica holística, utilizá-lo isoladamente. A prática do AM de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às expectativas da mãe (Levy & Bértolo, 2008). Muitos outros aspectos devem ser tidos em consideração pelos profissionais de saúde, como traduzem outras áreas do saber. Harrison, Morse, e Prowse (1985), numa revisão sistemática de 232 artigos de áreas como medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, sociologia e antropologia referem que, para além dos indicadores relacionados com o crescimento e morbilidade da criança e da duração do AM - que encontraram privilegiadamente referenciados pela medicina, enfermagem e nutrição - outros devem ser tidos em conta, tais como indicadores maternos (lactação adequada e estado de saúde) e atitudes maternas.

O factor duração pode ser um critério não terapêutico para os cuidados de promoção do AM (Hauck & Reinbold, 1996). Ao associar apenas o factor

duração ao sucesso do AM, o profissional de saúde, e especialmente o enfermeiro, poderá inadvertidamente afectar a auto-confiança da mulher, criando um sentimento de falhanço numa mãe, por exemplo, cujo objectivo de AM de sucesso se balizava até ao primeiro mês de vida do seu filho.

Nas dinâmicas de promoção, protecção e apoio do AM, é importante o trabalho prévio de definição do AM a vários níveis, que motiva a mãe para um compromisso no que respeita à amamentação da criança (Levy & Bértolo, 2008). Desta análise se depreende a importância da conjugação pelos profissionais de saúde, e em particular pelos enfermeiros, de dois focos de acção essenciais: a duração do AM – e portanto do processo fisiológico, e os significados e representações da mulher face ao sucesso do mesmo, já que “o sucesso ou insucesso do aleitamento materno é uma vivência pessoal” (ibidem, p.26). A promoção do AM deverá ser por isso encarada na prática dos cuidados, transversalmente aos diferentes contextos (família, organizações e comunidade), em relação. Esta visão implica a reconfiguração do modelo actual de atendimento organizacional baseado em protocolos e rotinas, para um paradigma mais actualizado (Dykes & Flacking, 2010) e que poderá ser implementado “valorizando as reais necessidades da população, exercitando a escuta, buscando conhecer a história de vida de cada mulher, valorizando as relações por elas estabelecidas em diferentes momentos das suas vidas, reconhecendo que essa teia social constrói significados que vão imprimir determinantes fundamentais nas suas decisões” (Gusman, 2005, p. 97).

Para as acções de promoção do AM, os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros, devem investir na centralização da mulher como protagonista em todo o processo - tendo em consideração o contexto cultural - o que lhe proporciona um apoio acrescido na tomada de decisões, potenciando o desenvolvimento de sentimentos positivos acerca de si própria e reforçando a sua auto-confiança na prática prolongada do AM, no seguimento da realização do seu projecto de maternidade (McInnes, 2003).

3.2. Perspectiva da Mãe

No processo de transição para a maternidade, para além do estabelecimento de laços afectivos entre a mãe e o bebé, também a garantia da sobrevivência do recém-nascido arroga-se como um desafio para a mulher, sendo a decisão quanto ao método de alimentação do bebé reflexo dos valores culturais da maternidade (Flacking, Ewald, & Starrin, 2007).

Assumindo-se as performances da prática do AM e do desmame como componente fundamental na experiência da maternidade, para muitas mulheres dessa performance depende o estatuto de se ser uma “boa mãe”, quer na perspectiva individual, quer na perspectiva social (Hauck & Irurita, 2002). A compreensão da visão da mãe acerca do sucesso do AM enquanto aspecto da identidade feminina é importante, já que o mesmo pode representar um protótipo de feminilidade, qualificando socialmente a mulher como mãe (Nakano & Mamede, 1999). Os trabalhos que analisam a construção dos significados da amamentação e maternidade ao longo dos tempos, demonstram que o comportamento feminino perante o AM relaciona-se com o lugar, a imagem social da mulher e a maternidade, variando segundo as diferentes épocas, contextos sociais e interesses económicos e políticos (Nakano, 2003).

O nascimento do filho não marca necessariamente o início da transição para a maternidade. É um processo prévio ao parto e reúne as mudanças psicológicas internas, a construção do papel materno e a organização dos seus relacionamentos mais importantes (Borges, 2005). Nos primeiros meses após o parto, período muitas vezes designado de quarto trimestre de gravidez, o casal vive um processo de transição, de ajustamento afectivo, fisiológico e relacional, face à chegada de um novo elemento à família. É um período de desafio e mudança, na extensão de toda a experiência da gravidez e que implica a vivência de tarefas desenvolvimentais fulcrais à adaptação à maternidade (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011). Neste momento, a amamentação pode ser entendida como o encerramento natural do ciclo gravídico e do parto (Ferreira, 2004) e um importante elo da cadeia da transição para a maternidade.

O processo de transição para a maternidade entrecruza-se com a vivência da consecução do papel materno. Este processo de interação e de desenvolvimento é experienciado na construção da ligação entre a mãe e o filho, e implica a aquisição de competências nas tarefas de cuidados que o papel envolve, bem como a expressão do prazer e a satisfação (Meighan cit por Tomey & Alligood, 2002). A associação entre a experiência do AM e a consecução do papel materno é notável, na medida em que, para muitas mulheres, uma experiência de AM de sucesso é vista como parte integrante do papel, questionando muitas vezes, face às dificuldades as suas competências maternas (Hewat cit por Riordan & Auerback, 1993).

Tendo por base o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, Mercer sugere a Teoria da Consecução do Papel Maternal, que envolve um processo evolutivo de quatro fases (Meighan cit por Tomey & Alligood, 2002):

A fase antecipatória inicia-se na gravidez e inclui ajustamentos sociais e psicológicos, onde a mãe apreende as expectativas do papel, fantasiando acerca deste (ibidem). Esta primeira etapa representa um momento fundamental para o sucesso do AM, já que parece ser este o momento determinante para a mulher na tomada de decisão de amamentar (Lawrence cit por Maia, 2005).

A fase formal que principia com o nascimento da criança, reúne a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, formatando-se nas expectativas formais e consensuais dos outros, no sistema social da mulher (Meighan cit por Tomey & Alligood, 2002). Pode-se dizer que o sucesso do AM baseia-se na vivência prática da realidade do AM pela mãe, tendo por pilar as orientações da rede formal, que inclui os profissionais de saúde que lhe prestam apoio e as pessoas de referência que a envolvem.

A fase informal enceta-se quando a mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel, as quais não são transmitidas pelo sistema social, pois a mulher já adequou o papel ao seu estilo de vida, assente nas suas experiências e objectivos (Meighan cit por Tomey & Alligood, 2002). A vivência do sucesso do AM nesta fase compreende a formação de uma experiência

individual pautada por estratégias, com base na prática e características pessoais, integrando dados da aprendizagem formal. Nakano referido por Almeida e Novak (2004, p.121) aponta as representações da amamentação por parte das mulheres como um sentimento “ambíguo e contraditório”, que “oscila entre o fardo e o desejo”. Para estas, apesar de considerarem o AM como um desígnio biológico, reconhecem limites na sua prática, que implicam o desenvolvimento de um processo de aprendizagem.

A fase de identidade do papel acontece à medida que a mulher vai interiorizando o papel materno. A mãe experimenta sensações de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel e este é atingido, podendo acontecer num mês ou levar vários meses até ser alcançado (Meighan cit por Tomey & Alligood, 2002). O sucesso do AM nesta fase traduz-se na mulher pelo sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe (Giugliani, 1994). Contudo, ao serem exaltados no discurso médico os aspectos biológicos na promoção do AM, parece haver um comprometimento velado de responsabilização da mulher pela saúde do seu filho (Junges et al, 2010), depreendendo-se até da construção histórica e social da maternidade marcas de dever, responsabilidade e resignação (Nakano, 2003).

Badinter (1985) defende uma estreita relação entre amamentação e o simbolismo de dever materno. A mulher, na sua perspectiva, ao assumir o estatuto de mãe, acolhe-se na figura materna imposta pela sociedade e resigna-se ao cumprimento de um modelo delineado pelo sacrifício, doação e dor, elementares do universo feminino, mantidos através da superação das dificuldades sentidas, em prol do supremo benefício da criança. Nakano e Mamede (1999) defendem que as representações que as mulheres constroem acerca do AM guardam, na sua essência, um movimento de acomodação e de resistência. O movimento de acomodação refere-se à fixação das mulheres ao ideal de maternidade, de dever e doação. O movimento de resistência manifesta-se de forma invisível e por vezes até inconsciente, quando se sentem incapacitadas para amamentar, vendo despoletados sentimentos de inadequação perante o modelo de mãe em que se referenciam. As mulheres,

muitas vezes, face às dificuldades e obstáculos percebidos para o sucesso do AM, procuram superá-los, como resolução do sentimento de culpa que sentem, por acreditarem que o AM é um facto que deve ser vivenciado de maneira natural e instintiva (Junges et al, 2010).

Hauck e Irurita (2002) referem que no decurso individual da experiência de AM, muitas mães se deparam com uma incompatibilidade entre o que haviam planeado vivenciar e aquilo que efectivamente vivenciaram. Se a experiência da mãe não vai de encontro às expectativas sociais, esta vê despoletar sentimentos de confusão, dúvida, culpa ou raiva, que interferem negativamente na auto-confiança essencial para o desempenho do papel da maternidade (McInnes, 2003). Desta análise auffle-se a importância da mãe possuir uma percepção positiva acerca da sua experiência de AM, de maneira a lidar favoravelmente com uma possível incompatibilidade de expectativas e que a “empoderará” para a gestão dos desafios da maternidade (Hauck & Irurita, 2002).

Beske e Garvis (1982) depreenderam, através da investigação da percepção de mulheres acerca do sucesso do AM, que o factor duração não era referido. Contudo, Wrigley e Hutchinson (1990) verificaram que, às mulheres que vivenciaram experiências de AM prolongadas (mais de 12 meses), importavam a entrega que dedicavam ao seu filho, bem como a reorientação necessária dos seus objectivos e necessidades pessoais em função dessa prática. Evidenciou-se deste estudo a necessidade que estas mulheres sentiram em estabelecer um laço, um vínculo secreto (“*secret bond*”) com o seu filho no cumprimento do seu projecto de AM, de forma a protegerem-se de uma possível incompatibilidade face às expectativas dos elementos externos à díade.

A definição de um objectivo pessoal pela mãe parece ser um importante passo para a vivência de uma experiência de AM de sucesso (Bottorf, 1990), parecendo especialmente importante a definição prévia da duração do AM com a mãe, como forma de incentivo mais eficaz para um maior compromisso em termos de amamentação (Levy & Bértolo, 2008). Parece por isso, que o sucesso do AM poderá ser corolário natural de um projecto de amamentar bem

consolidado, radicado a um processo de tomada de decisão coeso, pois “ao falarmos de sucesso, temos também de ter em conta o projecto materno; sob o ponto de vista da mãe, a prática do aleitamento materno de curta duração pode ser um sucesso desde que corresponda às suas expectativas” (ibidem, p. 10).

Leff, Gagne e Jefferis (1994) evidenciaram que o sucesso da experiência de AM das mulheres implicava um “trabalho em harmonia” entre a díade, assente nas categorias da saúde e satisfação da criança, prazer e realização maternas e ainda compatibilidade com o estilo de vida.

Hauck e Reinbold (1996) procuraram definir os critérios utilizados pelas mães na classificação das suas experiências de AM como de sucesso. Concluíram como critérios determinantes a satisfação em alimentar da melhor forma a criança; a assumpção do compromisso de amamentar; a determinação e persistência em levar avante o projecto de amamentação; o conhecimento das suas expectativas e a realização dos objectivos a que se propuseram.

Rempel (2004), numa investigação longitudinal com um grupo de mulheres que amamentaram até aos 12 meses detectou algumas das razões que podem motivar experiências de AM prolongadas e percebidas como de sucesso. O sentido de auto-controlo sobre o AM e a aprovação social percebida pelas mulheres nas suas opções em prolongar o AM representaram importantes contributos na duração do mesmo, questões que deverão ser tidas em conta nas intervenções profissionais operadas com vista ao sucesso do AM.

3.3. Práticas Profissionais para o Sucesso do Aleitamento Materno

Sendo a prática do AM uma experiência socialmente contextualizada, torna-se previsível que a sua promoção, apoio e suporte abarque todos os *settings* respeitantes à díade. As decisões da mulher acerca dos cuidados à criança, nos quais se inclui o tipo de alimentação, são tomadas tendo por base o senso comum e o conhecimento científico e reflectem práticas comuns ao grupo de pertença (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011).

As mulheres que recebem apoio especializado e aconselhamento sobre AM, tendem a ter uma experiência mais positiva e duradoura, sendo que as

intervenções que envolvem EpS por parte dos profissionais de saúde, melhoram as taxas de iniciação do AM (Renfrew, Dyson, Wallace, D'Souza, McCormick, & Spiby, 2005). O apoio da rede informal de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros), repercute-se nas taxas de AME (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007).

Entre todos os profissionais de saúde que promovem o AM, os enfermeiros assumem uma posição de destaque. Dos cuidados de enfermagem, caracterizando-se pela interacção entre o profissional de saúde e o utente com base na relação de ajuda, sobressaem as intervenções do âmbito da promoção da saúde, patentes no Regulamento para o Exercício da Prática dos Enfermeiros, descritas no Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro). O enfermeiro por ser o profissional de saúde que mais contacta com os grupos sociais a quem a educação para o AM se dirige, deverá dominar técnicas educativas de promoção do AM e estar sensibilizado para as implementar no seu contexto de trabalho.

As intervenções no âmbito da enfermagem na área da promoção do AM deverão acontecer ao longo de todo o ciclo vital, com especial incidência durante o período pré-natal e pós-natal.

No período pré-natal, a educação e a preparação das mães para a amamentação comprovadamente contribui para o sucesso do AM, especialmente nas primíparas (WHO, 1998a). A promoção do AM deverá ser um tema transversal a todos os momentos da vigilância de saúde, que adquire especial relevância no terceiro trimestre de gravidez, dado que pode ser considerado como o primeiro ponto de viragem para o sucesso do AM (Levy & Bértolo, 2008).

Na consulta de enfermagem de vigilância pré-natal, um dos temas de EpS que deve ser abordado é a preparação para a amamentação (Ministério da Saúde, 1993). Fazendo uso dos seus conhecimentos e habilidades de comunicação, o enfermeiro pode transmitir informações científicas pertinentes acerca do AM, tais como vantagens da amamentação e desvantagens do uso de leites artificiais, orientações quanto às técnicas de amamentação, com o intuito de aumentar a auto-confiança da mulher (Giugliani, 2000), sendo

pertinente a abordagem de aspectos relacionados com a anatomia e fisiologia do AM. As intervenções de enfermagem podem relacionar-se com a avaliação dos conhecimentos prévios e atitudes dos futuros pais no que se relaciona com o AM, a desmistificação de crenças existentes, associados à amamentação e o apoio na tomada de decisão em amamentar, bem como a definição prévia da duração do AM. Neste processo, deverá ser conquistada a confiança da mulher e incluídos os actores mais significativos, com vista à integração de toda a rede de apoio familiar e social.

No que se refere às estratégias mais eficazes para a operacionalização destas intervenções, a evidência aponta que o recurso a metodologias educativas e entrevistas motivacionais traduzem efeitos positivos na melhoria da intenção em amamentar, bem como nas atitudes das mães face ao AM (Meedya, Fahy, & Kable, 2010).

Hannula, Kaunonen e Tarkka (2008), referem que durante a gravidez as intervenções mais eficazes na promoção do AM são de natureza interactiva, nomeadamente as intervenções em grupo com demonstrações práticas, podendo recorrer-se ao uso das novas tecnologias.

Martis (2007) no âmbito das intervenções de nível primário, sublinha a importância da formação e treino de profissionais de saúde, leigos e conselheiros em amamentação, de acordo com a política de AM da instituição, na linha das orientações da IHAB. A formação de grupos de pares representa um contributo importante na difusão da informação adequada junto da comunidade e que poderá ser acessorizada pelos profissionais de saúde.

No âmbito do período pós-natal, a promoção do AM deve ser orientada para dois contextos: o momento do parto e internamento hospitalar, e após a alta hospitalar e acompanhamento na comunidade.

Os primeiros quinze dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, dado que é nesse período que a lactação se determina, pois envolve um período de aprendizagem basilar para a mãe e para o bebé (Giugliani, 2000). Esta fase culmina com o término do período gravídico em que se geram expectativas e se dá o confronto com as necessidades concretas de cuidados ao bebé.

O estabelecimento da lactação é apontado por Levy e Bértolo (2008) como o segundo ponto de viragem no sucesso do AM. Segundo estas autoras, as práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto são decisivas para o sucesso do AM.

As intervenções de enfermagem nesta fase passam essencialmente pelo apoio à mãe e criança, com envolvimento da família, na identificação e resposta às necessidades sentidas e suporte instrumental, principalmente no que respeita à amamentação.

A implementação da IHAB pela OMS e UNICEF prevê que, durante este período, sejam cumpridos os dez passos preconizados para a promoção do AM, cujos efeitos cientificamente validados, protegem práticas de saúde consistentes com a obtenção de ganhos em saúde para a mulher e a criança (WHO/UNICEF, 1998a).

Existe forte evidência científica entre o aumento das taxas de AME, continuação do AM e o nascimento do bebé num HAB, especialmente junto de grupos vulneráveis, que carecem de um apoio extra ajustado às suas necessidades (Hannula, Kaunonen, & Tarkka cit por Graça, Conceição & Figueiredo, 2011; Abrahams & Labbok, 2009).

Após a alta hospitalar, regista-se o terceiro ponto de viragem do AM em que é essencial a manutenção das intervenções de suporte (Levy & Bértolo, 2008). Durante este momento crítico, as mães confrontam-se com uma nova realidade no seu próprio ambiente a que têm de dar resposta e, perante a ausência do apoio presencial de profissionais de saúde, correm riscos na manutenção do AM.

Verifica-se que um contacto continuado entre a mãe e os profissionais de saúde traduz-se num factor de eficácia na decisão da mãe continuar a amamentar após a alta hospitalar (Royal College of Midwife, 1994). Este contacto poderá acontecer presencialmente no serviço de saúde comunitário, por telefone ou no domicílio da puérpera (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008).

Transversalmente a estas estratégias de intervenção, o aconselhamento em amamentação revela-se um instrumento precioso. Através da actuação de conselheiras certificadas pela UNICEF, a mulher é auxiliada na tomada de

decisões, de forma empática, numa postura de saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio (WHO / UNICEF, 1993).

No que se refere à realidade do distrito de Viana do Castelo, Graça, Conceição e Figueiredo (2011), constataram que as intervenções que ocorrem de forma continuada do pré para o pós parto, com a articulação de diferentes estratégias (consulta de enfermagem, cursos de preparação para a parentalidade e visitas domiciliárias) e em diferentes contextos (CS e domicílio da mulher) tem efeitos positivos na duração do AM.

Importa salientar que é das intervenções dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, junto das mães no âmbito do AM, que depende em larga escala o sucesso do AM. A reflexão acerca das práticas que os profissionais de saúde envolvidos na promoção, protecção e suporte do AM adoptam reveste-se de fundamental importância, dado que quanto mais compreenderem os comportamentos relacionados com as práticas do AM e respectivas experiências individuais, mais preparados se encontrarão para promover a sua prática de forma individualizada e ajustada.

Para o planeamento das suas intervenções, com vista ao sucesso da experiência de amamentação, torna-se assim emergente a inclusão do projecto materno e o conhecimento das representações que a mãe detém acerca do sucesso do AM, bem como a identificação dos factores que considera determinantes para tal e das estratégias que adopta.

II. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

O presente capítulo refere-se à descrição dos procedimentos metodológicos adoptados neste estudo. A fase metodológica refere-se aos recursos e meios aplicados na investigação com vista à obtenção das respostas às questões de investigação, formuladas no decorrer da fase conceptual. Procura-se “determinar um certo número de operações e de estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2009, p. 211).

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

As opções metodológicas utilizadas, tiveram por base a definição dos objectivos do estudo:

- Conhecer as representações que as mulheres que amamentam têm acerca do sucesso do AM;
- Identificar os factores que contribuem para o sucesso do AM, na perspectiva das mulheres que amamentam;
- Identificar as estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do AM.

No decorrer do percurso metodológico, é essencial para a operacionalização do estudo de investigação a definição do tipo de estudo, a determinação do método de obtenção de respostas às questões delineadas, a caracterização da população e precisão da amostra, bem como a escolha do método de colheita de dados, como adiante se poderá verificar.

1.1.– Tipo de Estudo

O tipo de estudo é definido no decurso da formulação do problema, quando se consolida a questão de investigação (Fortin, 1999), ou seja, é a questão de investigação quem dita o método apropriado ao estudo do fenómeno.

Dado que a questão de investigação delineada procurou explorar o fenómeno do AM no que respeita ao conceito de sucesso que as mulheres que amamentam detêm do mesmo, pareceu-nos pertinente orientar o estudo para uma abordagem qualitativa, já que se procurou “descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significação a esta mesma experiência” (Brink cit por Fortin, 2009). Realça-se a preocupação de compreender e não medir as realidades; de analisar e não quantificar ou relacionar causas e feitos, já que o que se pretende é a compreensão do que as pessoas realmente experimentaram. Com a metodologia qualitativa aplicada ao presente estudo, foi-nos possível ter os sujeitos envolvidos como parte do todo no seu contexto natural, ao invés de serem reduzidos a variáveis ou a hipóteses, pois se fossem reduzidos os sujeitos em questão a agregados estatísticos, perder-se-ia com certeza a natureza subjectiva inerente à essência deste estudo.

O desenho da investigação enquadrou-se na categoria descritiva, uma vez que procurou uma descrição dos dados, sob a forma de palavras e de enunciados descritivos (Fortin, 1999). Sendo também pretensão deste estudo o conhecimento dos factores que contribuem para a vivência de experiências de AM de sucesso, bem como as estratégias adoptadas pelas mulheres nesse sentido, pareceu-nos coerente vocacionar a investigação para a pesquisa exploratória, já que a mesma visa explorar as dimensões de um fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os factores com os quais ele se relaciona (Politt & Hungler, 1995).

Sendo a questão de investigação direccionada para o conhecimento sobre os indivíduos, valoriza-se a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores (ibidem), justificando-se assim uma abordagem fenomenológica.

1.2. Terreno de Pesquisa e Caracterização da População em Estudo

A população em estudo pode ser definida como “o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma

ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999). Neste âmbito, para a definição da população, teve-se em linha de conta as questões de investigação e o contexto no qual se enquadram, tendo sido para isso assumida a recomendação da OMS no que se refere às práticas de AM que traduzem indicadores de saúde condizentes com ganhos em saúde, ou seja, práticas de AME até aos seis meses de vida da criança.

Foi definido como critério de inclusão mulheres que, à data da recolha dos dados, estivessem a amamentar os seus filhos, por um período mínimo de seis meses em exclusividade, no distrito de Viana do Castelo, de participação voluntária. Limitou-se a população acessível àquelas mulheres que estivessem inscritas nas unidades de CSP da ULSAM-EPE, instituição de saúde de referência para os cuidados de saúde no distrito. Dada a homogeneidade da população acessível, para a definição das participantes, enquanto fracção da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009), optou-se pela amostragem não probabilística. As informantes foram incluídas à medida que foram identificadas, não tendo por isso todos os elementos da população tido a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra, o que traduz uma amostragem accidental ou de conveniência.

O tamanho da amostra foi definido tendo por base os procedimentos da investigação qualitativa, isto é, determinado pela saturação dos dados, quando “o juntar de novos dados já não serve para melhorar a compreensão que se tem do fenómeno” (Savoje-Zajc cit por Gauthier, 2003, p. 290). O instrumento de colheita de dados, foi sendo aplicado às informantes que foram sendo identificadas, até ao momento em que as informações subtraídas se tornaram na sua maioria repetitivas, traduzindo saturação de dados (que se registou ao fim de sete entrevistas).

1.3. Instrumentos de Colheita de Dados

Para a compreensão do fenómeno que motivou a questão de investigação do presente estudo, pareceu-nos essencial conhecer as experiências das mulheres que, representando os sujeitos concretos da experiência do AM, através das suas falas, nos pudessem transmitir a essência do fenómeno em

questão. Procurámos utilizar um instrumento de recolha de dados que permitisse “recolher dados descritivos na linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134) Privilegiou-se a entrevista como fonte principal de informação e, consequentemente, como instrumento de eleição para a recolha dos dados, uma vez que torna possível obter informações detalhadas que mantenham intactas as perspectivas dos participantes. Facultou-nos uma compreensão do contexto, dos comportamentos de saúde e forneceu informações úteis a respeito de tópicos mais pessoais ou de difícil abordagem, característicos de desenhos de estudos mais estruturados (Bell, 2008).

A entrevista, enquanto instrumento fundamental na investigação qualitativa, possibilita “uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador: este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo” (Savoje-Zajc cit por Fortin, 2009, p. 377). Optou-se por proceder a uma recolha sistemática de entrevistas semi-dirigidas, com recurso a um esquema flexível, onde “as questões formuladas vão sendo introduzidas com o intuito de estimular o respondente a organizar o seu discurso” (Savoje-Zajc cit por Gauthier, 2003, p. 293). A vantagem deste tipo de entrevista consiste em estabelecer de forma prévia uma estrutura, que simplificará a sua análise subsequente (Bell, 2008).

Sendo a questão o elemento base da entrevista, optou-se pela elaboração de um guia de orientação constituído por questões abertas, de forma a deixar “o respondente livre de responder como queira: o entrevistador coloca as questões, mas não enuncia as respostas possíveis: o respondente encontra, ele próprio, as respostas e formula-as nas suas próprias palavras” (Fortin, 2009).

O guião da entrevista (anexo 1) foi construído com base nos objectivos do estudo, sob a forma de questões abertas, proporcionando à informante liberdade na expressão e orientação do seu conteúdo, evitando a rigidez de

uma entrevista inflexível e que poderia incorrer a pena de anular o seu carácter qualitativo (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Com vista à validação do guião de entrevista, foi realizado um pré-teste, para avaliação da compreensão global da mesma e para treino individual da investigadora.

1.4. Procedimentos de Recolha dos Dados

Para a realização das entrevistas solicitou-se autorização à ULSAM-EPE (anexo 2), a qual remeteu para a Comissão de Ética, que emitiu parecer positivo (anexo 3).

A identificação das informantes foi realizada pelas enfermeiras especialistas em Saúde Materna ou enfermeiras responsáveis pelo Programa de Saúde Materna dos CS afectos ao Agrupamento de Centros de Saúde do Alto-Minho. Estabeleceu-se aleatoriamente que a identificação das informantes decorreria numa primeira fase nos CS afectos à área geográfica do Vale do Minho (que inclui as áreas de Valença do Minho, Vila Nova de Cerveira, Caminha, Vila Praia de Âncora e Viana do Castelo) e, numa segunda fase, na eventualidade de não se reunirem informantes suficientes, avançar com a pesquisa para os Centros de Saúde afectos ao Vale do Lima (que inclui as áreas de Darque, Barroselas, Ponte de Lima, Paredes de Coura, Arcos de Valdevez, Ponte da Barca, Melgaço e Monção).

Após um contacto informal com as enfermeiras responsáveis nas referidas unidades de saúde, iniciou-se a aplicação das entrevistas e respectivo tratamento da informação, ao ritmo da identificação das informantes: primeiramente no CS de Caminha - na Unidade de Cuidados da Comunidade de Caminha, avançando-se de seguida para o CS de Viana do Castelo - na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Marta de Portuzelo.

A identificação das informantes decorreu no contexto das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, operadas pelas enfermeiras responsáveis nos seus locais de trabalho. Neste momento, as lactantes que reuniam critérios para participar no estudo eram informadas do mesmo e convidadas a participar, sendo reencaminhados os seus contactos telefónicos para a

investigadora, após autorização prévia. No primeiro contacto telefónico, às participantes foram disponibilizadas as informações básicas acerca dos contornos do estudo (objectivos, garantia de confidencialidade, pedido de autorização informal, definição do local e horário da entrevista e esclarecimento de dúvidas), de forma a ser respeitado o Princípio Bioético da Autonomia e neste, os direitos à confidencialidade e à informação.

As entrevistas decorreram no período compreendido entre Janeiro e Outubro de 2011. Num momento presencial prévio à realização das entrevistas, as participantes foram individualmente esclarecidas quanto aos contornos da investigação, sendo reiterado o respeito pelo direito à confidencialidade e anonimato, bem como o carácter de voluntariedade inerente à sua participação. Foi lido e analisado o Termo de Consentimento Informado (anexo 4) a cada participante, no qual se incluiu a autorização para gravação da entrevista em suporte magnético, sendo após a assinatura, disponibilizada uma cópia para cada participante, ficando o original na posse da investigadora. Na ocasião efectiva da entrevista, foi estabelecido um momento preliminar, com o intuito de preparar a entrevista, adequar a linguagem e obter importantes informações factuais e contextuais da participante.

No final da transcrição das entrevistas, os suportes magnéticos utilizados foram destruídos.

No tratamento dos dados não foram utilizados os nomes próprios ou outras características individuais que permitissem a identificação das informantes.

1.5. Constituição do Corpus de Análise

Após a transcrição das entrevistas, foi constituído o “corpus” de análise pelas informantes que constituíram a amostra do estudo.

Entende-se por “corpus” de análise o conjunto de todos os discursos tidos em conta para serem submetidos a procedimentos analíticos. Nesta fase, enriqueceu-se a transcrição das entrevistas com a informação paralinguística.

Na sua constituição, obedeceram-se às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação/pertinência (Bardin, 2009).

Apresenta-se, de seguida, a descrição da constituição do grupo de estudo, como se pode analisar no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização do grupo de estudo

Informante	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Paridade	Duração da Amamentação do último filho
1	32	União Facto	12º ano	IGIP	AME 6 meses AMC 18 meses
2	34	União Facto	Licenciatura	IGIP	AME 6 meses AMC 7 meses
3	44	Casada	12º ano	IIIGIIP	AME 6 meses AMC 10 meses
4	40	Casada	9º ano	IIGIIP	AME 6 meses AMC 9 meses
5	41	Casada	Mestrado	IIIGIP	AME 6 meses AMC 9 meses
6	30	Casada	Licenciatura	IGIP	AME 6 meses AMC 8 meses
7	29	União facto	12º ano	IGIP	AME 6 meses AMC 8 meses

Pela análise do quadro, pode-se verificar que o grupo de informantes apresenta idades compreendidas entre os 29 e os 44 anos de idade, maioritariamente casadas. No que se refere à escolaridade, todo o grupo é escolarizado, havendo uma informante com o 9º ano, três com o 12º ano, duas com licenciatura e uma com mestrado. No que se refere à paridade, cinco das informantes são primíparas, sendo que as restantes múltíparas possuíam respectivamente dois e três filhos. Todas as informantes haviam amamentado exclusivamente até aos seis meses de vida o último filho nascido, encontrando-se à data da entrevista em aleitamento materno complementar.

1.6. Tratamento e Análise dos Dados

Após a constituição do “corpus” de análise, urgiu a necessidade de tratar e analisar os dados obtidos, de forma a estruturar a procura das respostas aos objectivos da investigação.

O tratamento e análise das entrevistas implicou o recurso à técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin. Esta representa um dos métodos de análise textual mais comuns na investigação empírica e recorrentemente utilizado na análise de dados qualitativos. Pode ser definida como um conjunto

de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção dessas mensagens (Bardin, 2009).

Após a transcrição integral das entrevistas para o formato escrito, procedemos a uma leitura impressionista ou “flutuante”, com o intuito de captar o sentido global de cada entrevista e proceder a um plano de análise dos dados. Após repetidas leituras com o objectivo de procedermos a uma maior familiarização com o conteúdo relevante, passámos à identificação de unidades de análise, que constituem meios de converter os dados brutos em conjuntos manejáveis (Goetz & LeCompte, 1984). Para o efeito, considerámos como unidade de análise, a unidade de sentido.

Foi tida em consideração, de forma sistemática, a comparação de enunciados e acções entre si, sempre que se descobria um tema nos dados, tendo em vista a identificação de um conceito unificador. Paralelamente a isso procurou-se, face a temas diferentes, achar possíveis semelhanças entre eles.

Após a constituição da matriz de dados primitiva, passámos à atribuição de códigos, de acordo com o conteúdo em questão e a articulação com os marcos teóricos, pertinentes à investigação, num processo de codificação misto, “à priori” e “in vivo”. Procedemos assim à elaboração de áreas temáticas conceptualmente válidas, bem como à categorização das mesmas, através da semelhança de conteúdos, ao longo de diversas tentativas. De seguida passou-se à identificação das subcategorias, que reflectem os resultados obtidos para este estudo de investigação (anexo 5) e que são analisados no capítulo que se segue.

III. APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo refere-se à apresentação dos dados obtidos através da análise de conteúdo das sete entrevistas realizadas. Após a apresentação de cada área temática e respectivas categorias e subcategorias, proceder-se-á à interpretação e discussão dos resultados. De acordo com o que recomenda Goetz e Le Compte (1988), proceder-se-á ao desenvolvimento simultâneo de um texto “narrativo”, ao qual se acrescentam excertos das entrevistas e esquemas representativos, com a finalidade de elucidar melhor a análise efectuada relativamente aos aspectos abordados.

A apresentação de tabelas-síntese para cada uma das áreas-temáticas, inserindo-se os resultados nas respectivas categorias e subcategorias, tenciona proporcionar uma análise e interpretação dos discursos mais facilitada.

A leitura da presente análise poderá ser complementada com a matriz de dados obtidos (anexo 5).

1- SUCESSO NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITO DAS MULHERES QUE AMAMENTAM

Da análise de conteúdo sobressaem três áreas temáticas: “Representações de sucesso de aleitamento materno na perspectiva das mulheres que amamentam”; “Factores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno, na perspectiva das mulheres que amamentam” e “Estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do aleitamento materno”.

O quadro 2 resume as áreas temáticas, bem como as correspondentes categorias e subcategorias, a serem apresentadas, interpretadas e discutidas.

Quadro 2 – Áreas Temáticas, categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Representações de sucesso de aleitamento materno, na perspectiva das mulheres que amamentam	<i>Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade</i>	Projecto subjacente à maternidade
		Aprendizagem formal
		Aprendizagem informal
		O sucesso do aleitamento materno na consecução do papel materno e feminino
	<i>Vantagens do aleitamento materno</i>	Desenvolvimento global da criança
		Adequado aporte nutricional da criança
		Protecção imunológica da criança
		Desenvolvimento estado-ponderal da criança
		Vinculação da díade
		Vantagens para a mãe
		Vantagens económicas
		Vantagens práticas
	<i>Duração do aleitamento materno</i>	Aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida da criança
		Aleitamento materno complementar com a restante alimentação após os seis meses de vida da criança
Factores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno na perspectiva das mulheres que amamentam	<i>Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família</i>	Experiência prévia em aleitamento materno por parte da mãe
		Características das mamas e relacionadas com a produção de leite
		Estabelecimento da pega eficaz
		Conhecimentos, atitudes e confiança na capacidade para amamentar
		Influência da rede informal
		Estilos de vida
		Exemplos a seguir de experiências positivas no aleitamento materno
	<i>Factores relacionados com o Sistema de Saúde</i>	Influência da rede formal de cuidados de saúde primários
		Influência da rede formal de cuidados de saúde diferenciados
	<i>Factores relacionados com a cultura e políticas sociais</i>	Legislação de protecção à maternidade e respectivo cumprimento
		Obstáculos e barreiras à amamentação em público
Estratégias que as mulheres que amamentam adoptam, para o sucesso do AM	<i>Estratégias Individuais</i>	Estratégias geradas pela aprendizagem decorrente do recurso à rede formal
		Estratégias geradas pela aprendizagem informal
		Implementação de rotinas
		Estratégias psicológicas
		Recurso a galactogogos
	<i>Estratégias técnicas e instrumentais</i>	Uso do bico de silicone
		Extracção do leite materno para conservação ou administração posterior
		Extracção do leite materno com bomba eléctrica para aumentar a produção láctea
		Regime livre
		Utilização de pomadas e dispositivos de protecção dos mamilos

1.1.Representações de Sucesso de Aleitamento Materno na Perspectiva das Mulheres que Amamentam

Com a presente área temática, foi nosso propósito identificar e conhecer as representações das mulheres que amamentam, relativamente ao conceito de sucesso de AM.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias: “Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade”, “Vantagens do aleitamento materno” e “Duração do aleitamento materno”.

A categoria “**Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade**” remete-nos para a ligação que se verifica entre a construção de significados acerca da amamentação e da maternidade.

Da análise das entrevistas realizadas, pode-se depreender que as representações de sucesso do AM traduzem experiências que, por apresentarem limites na sua prática, implicam o desenvolvimento de um processo de aprendizagem, no seguimento do que refere Nakano cit por Almeida e Novak (2004) e que é inerente ao momento da transição para a maternidade, de encontro ao que refere Hewat cit por Riordan e Auerback (1993). Sendo esta experiência prévia ao momento do parto, implica a vivência de tarefas desenvolvimentais importantes e que concorrem para a construção progressiva do papel materno.

A inclusão do projecto do AM no projecto da maternidade foi manifestada em todas as entrevistas, sendo experienciada em quatro etapas diferentes e que podem decalcar-se da Teoria da Consecução do Papel Maternal, proposta por Ramona Mercer.

A subcategoria “*PROJECTO SUBJACENTE À MATERNIDADE*” reúne os testemunhos das informantes relativos à vivência antecipatória do AM, durante o percurso gravídico. Nesta fase, que poderá corresponder à fase antecipativa proposta por Mercer, as informantes expressaram as expectativas que apreenderam acerca do AM, sucedâneas à formação do papel materno, que iniciaram com a gravidez, referindo-se à amamentação como “*uma coisa que sempre idealizei*” (E2), em que “*só não amamentaria mesmo se não pudesse*” (E5), e que “*sempre sonhei ser mãe e para isso dar de mamar também fazia*

parte” (E7), associando à maternidade a prática do AM. Nesta fase, a tomada de decisão parece assumir especial destaque nos discursos das informantes, o que vai de encontro ao defendido por Lawrence cit por Maia (2005), como exprime E5: *“Nunca pensei não amamentar. Foi uma decisão natural, implícita ao estar grávida.”*. Este achado confirma a importância das ações de promoção do AM, principalmente durante o terceiro trimestre de gravidez, que Levy e Bértolo (2008) classificam como o primeiro ponto de viragem para o sucesso do AM.

A subcategoria *“APRENDIZAGEM FORMAL”* evidencia dos discursos das informantes a aprendizagem realizada face ao confronto entre as expectativas iniciais que detinham acerca do seu desempenho na prática do AM, transversal à construção do papel materno, e a realidade que vivenciaram, tal como refere E1: *“É assim, nos primeiros dias achei assim uma coisa um bocado estranha”*. Nesta fase, que poderá ser sobreponível à fase formal proposta por Mercer, a mãe inicia um processo de aprendizagem, tal como refere E2: *“Ensiná-la foi insistir com ela (...), obrigá-la a aprender a mamar e ela sem mamar... Então só mesmo no limite é que recorria a tirar leite e dar pelo copo ou pelo biberão. Insisti sempre muito...”*. Esta aprendizagem, seguimento das suas expectativas individuais, poderá despoletar tal como defendem Hauck e Irurita (2002), uma incompatibilidade de expectativas, face à realidade com a qual se confrontam, e que poderá gerar na mãe sentimentos negativos como confusão, dúvida ou raiva, como exprime E2: *“Ora bem, a minha experiência de amamentação foi uma experiência inicial muito chocante, muito má (...) Ao início foi muito difícil”*.

Para a vivência dessa aprendizagem formal concorrem também as expectativas da sua rede formal, que inclui as pessoas de referência e os profissionais de saúde que lhe prestam apoio, tal como referiu E1: *“Depois agarrava bem. (...) só tive o peito mais duro depois de ter a L., mas as enfermeiras ensinaram como não fazer e para não encaroçar, cinco estrelas”*. Depreende-se a importância do apoio profissional durante o período imediato após o parto, momento correspondente ao estabelecimento da lactação, no seguimento do que refere Giugliani (2000) e que para Levy e Bértolo (2008) traduz o segundo ponto de viragem do AM, que atribui às práticas hospitalares

ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto um papel decisivo para o sucesso do AM.

A subcategoria “*APRENDIZAGEM INFORMAL*” realça a aprendizagem que seis informantes referiram ter realizado após o estabelecimento da lactação, em que expressam a apropriação de um conjunto de conhecimentos produzidos pela sua experiência individual. Nesta fase, que poderá ser coincidente com a fase informal proposta por Mercer, as informantes transparecem uma adaptação ao papel de mãe e lactante, tal como aponta E2: *“Ter que lhe ensinar a dar de mamar a aprendermos as duas uma com a outra. (...) Pelo facto dessa primeira fase de adaptação dela e minha e de ter de ensiná-la a mamar... antes achava que ela ia nascer ensinada, e depois que vi que não”* e que envolve a construção de recursos individuais, tal como referem E6 e E7: *“Continuei com esta estratégia (extracção do leite com bomba) mês e meio, dois meses, porque depois ele começou, eu vi que estava a ganhar peso suficiente, que já se agarrava bem à mama e cheguei à conclusão que ele já retirava o que necessitava, que estava em equilíbrio, regularizado”* e *“Misturo na papa, se bem que ela come pouca papa, mas com o meu leite ela come aquilo tudo... e foi assim que fui controlando”*. A incompatibilidade de expectativas descrita por Hauck e Irurita (2002) também pode ser vivenciada nesta fase e poderá gerar sentimentos ambíguos, mas que se estiverem assentes numa percepção positiva acerca da sua própria experiência de AM, poderão contribuir para o empoderamento da mãe, auxiliando na gestão dos desafios tardios da maternidade, tal como se constata no enunciado da E2: *“o facto de eu ter conseguido ultrapassar aquela primeira fase má e conseguir estar actualmente a amamentar isso para mim foi muito importante porque consegui atingir e até ultrapassar os meus objectivos. Nunca pensei que tivesse obstáculos tão duros à minha frente... Mas consegui ultrapassá-los um por um”*.

A subcategoria “*O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO NA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO E FEMININO*” evidencia dos discursos das informantes a interiorização do papel de mãe e lactante. Nesta fase, que poderá coincidir com a fase de identidade do papel proposta por Mercer, a mãe experimenta a

realização feminina e materna, como expressa E1: “[Referindo-se à sua experiência de amamentação] *Boa. Gostei muito. (...) Foi prontos, uma coisa... aquilo não tem palavras. Há mulheres que diz que não gostam de amamentar, mas é uma coisa muito boa. (...) Sentia assim, pronto, um conforto, sentia assim uma tranquilidade, não conseguia sentir nada de mau. (...) Sentia-me bem enquanto mulher (...) nunca tinha dado de mamar, e aí prontos, como era a minha primeira filha sentia algo de diferente também. (...) Eu acho que amamentar é muito bom para eles, não é? É melhor que o leite farmácia. (...) o que me importava era dar de mamar.*” e reforça E6: “*Isto de amamentar é uma coisa só nossa, ninguém pode fazê-lo por nós, faz-nos sentir ainda mais mãe*”, e corrobora E7: “*(...) Imaginava que era uma coisa muito boa para ela, mas nunca pensei que a recompensa psicológica que nos dá fosse tão grande*”, enquanto vai adquirindo confiança nas suas competências, como reforça E3: “*vinha cá e todos diziam “ai que grande... ela está acima do perfil..., que crescida, que moça!” (...) e eu ficava toda inchada por saber que era só com o meu leite*”. O acto de amamentar parece contribuir para a assumpção do papel materno, no seguimento do que refere E5: “*Dar de mamar é uma coisa só nossa, mais ninguém pode fazer isso*”, reforçando os laços afectivos entre a díade, tal como aponta E7: “*uma pessoa olha para ela enquanto está a mamar e vê que ela está lá, cheia de saúde graças a nós e isso é uma ligação que não tem explicação*”, tal como defende Giugliani (1994). Sobressai da análise das entrevistas, uma priorização nas necessidades das informantes, direccionadas exclusivamente para a criança, tal como refere E2: “*porque ao estar a amamentar liga-me muito mais a mim e a ela, porque sou eu que a estou a alimentar com o meu corpo, daquilo que eu como, ou seja, penso não nela mas também em mim, em tudo o que faço, porque ela depende disso*”, sendo notória a primazia atribuída ao bem-estar da criança, tal como refere E3: “*Se eu não a amamentasse era claro que ela [referindo-se à criança] ficaria mais pesadosa... não sei como hei-de dizer, acho que ela ficava mais pobre, não é, mais fraca... mais frágil, é isso. (...) Mas a mais pequena gosta, porque o leite sabe à mãe, não é? (...) Porque me sinto bem... e porque gosto tanto da bebé que quero o melhor para ela*”. É evidente, no discurso das informantes, o

compromisso velado de responsabilização da mulher pela saúde do filho, referido por Jungles et al (2010), tal como expressa E6: *e tenho lutado muito por isso. (...) Eu ainda não consegui dormir mais de seis horas seguidas desde que ele nasceu, de noite ou de dia (risos) é uma das desvantagens do aleitamento materno (risos). (...) Porque no primeiro mês, ele é que conta, não somos nós... Não vai ser por um primeiro mês cheio de sacrifícios que vamos desistir, não é?*”. Badinter (1985) defende que a interiorização do papel materno associa-se a resignação da mulher a uma postura de doação e sacrifício, em prol do supremo benefício da criança, e que parece também estar presente na interiorização do papel de lactante, tal como refere E4: “[Referindo-se à sua opinião relativa aos efeitos físicos da amamentação] *Bem... para mim, é o que eu digo, não tem sido bom... (risos) [não tem sido bom para si?] (risos) Tem, tem... emagreci no princípio, quando a tive, mas agora estou a alargar, deve ser também da alimentação (risos), estão-me sempre a atacar (de comida) ... (risos), eu até já disse na brincadeira que ia deixar de amamentar a B. (risos), mas eu não deixo... (...) porque enquanto eu tiver leite e ela mamar, há-de mamar. Não faço nada para evitar isso, nem dieta, pois isso ia-lhe fazer mal*”. Constata-se, na análise de algumas das experiências relativamente às suas representações de amamentação, dualidade de sentimentos, entre aquilo que as informantes acham ser sua “obrigação” e aquilo que realmente desejam fazer, ou seja, sentimentos ambíguos e contraditórios e que oscilam entre o fardo e o desejo, tal como apontam Nakano cit por Almeida e Novak (2004). Este achado demarca-se do enunciado da E4: *“É complicado... É pôr os interesses dela sempre em frente aos nossos. Não vê, eu estou a alargar e no entanto continuo porque é o melhor para ela... mas não faz mal, depois vai tudo ao sítio”*.

Apresenta-se de seguida um quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria **“Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade”**

Quadro 3 – Resultados da categoria “**Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade**”

	Experiência inerente ao processo de transição para a maternidade			
	<i>Projecto subjacente à maternidade</i>	<i>Aprendizagem formal</i>	<i>Aprendizagem informal</i>	<i>O sucesso do aleitamento materno na consecução do papel materno e feminino</i>
Entrevista 1	X	X	X	X
Entrevista 2	X	X	X	X
Entrevista 3	X	X	X	X
Entrevista 4	X	X		X
Entrevista 5	X	X	X	X
Entrevista 6	X	X	X	X
Entrevista 7	X	X	X	X

O reconhecimento das vantagens do AM integra as representações de sucesso do AM relatadas pelas informantes, no seguimento dos achados de Hauck e Reinbold (1996) e Leff, Gagne e Jefferis (1994), em que a saúde e a satisfação da criança, são evidenciados pelas mães como indicativos de sucesso no AM, e que nos remete para a categoria “**Vantagens do Aleitamento Materno**”.

De uma forma global, as informantes reconhecem o AM como favorável ao crescimento e desenvolvimento da criança, o que nos conduz para a subcategoria “*DESENVOLVIMENTO GLOBAL DA CRIANÇA*”. Esta subcategoria reporta-nos para a ligação que cinco informantes estabelecem entre o desenvolvimento infantil e o sucesso do AM, como refere E4: “[referindo-se ao que considera importante para se poder dizer que se tem sucesso na amamentação] *Olhe, que o bebé (...) tenha saúde. (...) Vejo a miúda a desenvolver. (...) Agora só lhe falta andar (risos) Há miúdos que na idade dela eu vejo que não estão tão desenvolvidos... (...) Pronto... O meu interesse é (...) tivesse desenvolvimentos muito bons*”, e reforça E6: “*(...) para se ter sucesso (...) foi ele crescer bem e saudável*”.

A subcategoria referente ao “*ADEQUADO APORTE NUTRICIONAL DA CRIANÇA*”, reúne a identificação do AM como a opção alimentar mais saudável para a criança por cinco das informantes, tal como refere E4: “*Então? Mamar bem é (...) alimentar-se. (...) [Referindo-se ao que considera importante para se poder dizer que se tem sucesso na amamentação] Olhe, que o bebé (...) se alimente*

(...)” e que vai de encontro aos achados de Hauck e Reinbold (1996), no que se refere aos critérios maternos de sucesso de AM. Também Michaelsen, Lawrence, Branca e Robertson (2003) e Latham (1997) descrevem as vantagens nutricionais do AM.

O reconhecimento dos benefícios imunológicos do AM como representativos do sucesso do AM sobressai da análise de quatro entrevistas, remetendo-nos para a subcategoria “*PROTECÇÃO IMUNOLÓGICA DA CRIANÇA*”. As informantes referem-se ao reforço do sistema imunitário como um importante indicador de sucesso do AM, tal como refere E1: “*As defesas dela, não é? A minha filha nunca esteve doente. (...) não tinha doenças... não é? (...) E agora, nunca ficou doente, mas ela é rija*”, no seguimento dos achados evidentes na literatura, referentes aos factores protectores imunológicos do leite materno (Michaelsen, Lawrence, Branca & Robertson, 2003), bem como dos efeitos do AM na diminuição das infecções respiratórias e gastro-intestinais (Kramer & Kakuma, 2002; Lamberti, Victora & Black, 2011; Bachrach, Schwartz & Bachrach, 2003); do trato urinário (Duijts, Jaddoe, Hofman, & Moll, 2010), e do ouvido (Ip et al, 2007), bem como na diminuição do risco de doença atópica (Van Odijk, et al, 2003).

O “*DESENVOLVIMENTO ESTADO-PONDERAL DA CRIANÇA*” é referido por quatro informantes como um efeito positivo do AM, sinónimo de uma experiência de AM de sucesso, tal como refere E3: “*Ora... correu bem porque ela crescia, desenvolvia-se bem. (...) Crescia acima dos perfis... (...) sempre cresceu bem. (...) por causa do desenvolvimento físico. (...) Fico feliz por ver a bebé a crescer, para mim era o que precisava para continuar. (...) para mim ter sucesso foi ela crescer sempre bem. (...) davam-lhe sempre mais idade do que aquela que ela tinha (...)*” e reforça E6: “*Porque ele teve, graças a isso [referindo-se à amamentação], uma linha de crescimento muito linear... e estava com medo, quando ele começou com a papa que engordasse muito, o que não aconteceu porque mantive na mesma o leite materno, e eu achei que para ele foi o melhor, porque ele nasceu muito pequenino (...)*”. Estas constatações são corroboradas pelos achados evidenciados pelo CDC (2007), no que respeita à diminuição do risco de obesidade aparente nas crianças

amamentadas e à modulação da taxa de crescimento na infância conferida pelo AM, referida por Gunnarsdottir, Schack-Nielsen e Michaelsen (2009).

A promoção do vínculo precoce e o fortalecimento dos laços afectivos da díade é uma das vantagens do AM evidenciada por três informantes, que constituí a subcategoria “VINCULAÇÃO DA DÍADE”. A criação de laços afectivos fomentada pelo AM, parece relacionar-se na literatura com as vantagens intelectuais e psicológicas do AM (Kramer et al, 2008; Horta, Bahl, Martines, & Victora, 2007). As mães referem uma aproximação mãe-filho, conferida pelo contacto proporcionado pelo AM, que contribui para o reforço nas suas relações de proximidade, de acordo com Aguilar-Cordero (2005), tal como refere E7: *“E isso é muito bom, sentir que estamos as duas ali... significa que existe uma harmonia muito grande... (...) E depois aquele momento único, aquela coisa, aquela ligação”*. A intensificação da ligação mãe/filho proporcionada pelo AM referida pelas informantes, remete-nos para o vínculo secreto ou “secret bond” descrito por Wrigley e Hutchinson (1990) e que pode participar para a adaptação da mãe ao seu novo papel materno e lactante, tal como refere E7: *“a nossa ligação é muito mais forte... hum... é mais forte porque começamos a conhecer pequenos sinais que de outra forma se calhar não conheceria tão bem... Pela forma como ela mama sei se tem sono, se quer brincar, se está irritada, se está calma... é tão giro isso”*.

Do discurso de duas informantes depreende-se também o reconhecimento das “VANTAGENS PARA MÃE” como representação de sucesso do AM, nomeadamente no se refere à involução uterina, como refere E6: *“aquelas dores na barriga... e eu sei que era bom sinal”* e descreve E7: *“As dores de barriga, o meu útero a ir ao sítio, eu via que era dar de mamar que estava a ajudar”*, aspecto com comprovada evidência científica, tal como demonstrou Rea (2004). Neste âmbito, as informantes aludem ainda à perda de peso no pós-parto auxiliada pela prática do AM como vantagem do AM, tal como manifesta E7: *“Para mim, então, logo no primeiro mês perdi 10 Kg, sem fazer nada, só por amamentar, sei que isso ajudou muito”*, evidência que, apesar de ser pouco consistente como demonstram Ip et al (2007), se consolida na

literatura, com a prática do AME como verificaram Hatsu, McDougald, e Anderson (2008).

A vertente económica, relacionada com a subcategoria “*VANTAGENS ECONÓMICAS*” é abordada por duas informantes como um aspecto vantajoso e que parece contribuir para o sucesso do AM, tal como mencionam E4: “*porque o leite da mãe é mais barato, não é? É de graça! (...) O outro não, tem que se andar aí a pagar e se calhar nem é a mesma coisa...*” e E7: “*O leite é de graça, o factor económico conta muito, ainda mais nesta fase (...)*”. As questões práticas, relacionadas com a subcategoria “*VANTAGENS PRÁTICAS*” são referidas por duas informantes, que reconhecem que o facto de o AM não acarretar custos financeiros e se afigurar como uma prática pouco exigente ao nível de recursos materiais, se evidencia como uma representação de sucesso do AM. Neste âmbito, menciona E3: “*(...) o quanto é importante o leite materno, o descanso que ele nos dá, até durante a noite, está sempre pronto, não é preciso andar a fazer biberões... e ela a chorar de fome... Só pela tranquilidade é tão bom... é assim, se formos para fora é mais fácil dar biberão, mas por outro lado é muito prático, está sempre disponível, não há que errar, na dose certa e sempre quentinho. Fui de férias e levei tudo preparadinho, mas se por ventura me esquecesse de alguma coisa sabia que leite tinha sempre preparado para lhe dar (...)*” e refere E3: “[referindo-se ao leite materno] (...) Sai quentinho, está sempre pronto (...)”.

Apresenta-se de seguida um quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Vantagens do aleitamento materno**”.

Quadro 4 – Resultados da categoria “Vantagens do aleitamento materno”

	Vantagens do Aleitamento Materno									
	Desenvolvimento global da criança	Adequado aporte nutricional da criança	Protecção Imunológica da criança	Desenvolvimento estado-ponderal da criança	Vinculação da Ddade	Vantagens para a Mãe	Vantagens Económicas	Vantagens Práticas		
Entrevista 1	X	X	X							
Entrevista 2		X		X	X					
Entrevista 3	X		X	X						X
Entrevista 4	X	X	X	X			X			X
Entrevista 5	X	X	X		X					
Entrevista 6	X			X		X				
Entrevista 7		X			X	X	X			

A OMS recomenda o AME durante os seis meses de vida da criança e em complementação com a restante alimentação até aos dois anos de vida ou mais (WHO, 2003a), enquanto medida de saúde pública para a diminuição das taxas de morbi-mortalidade infantil. Esta recomendação é consensualmente utilizada pelos profissionais de saúde como um critério de avaliação do sucesso do AM e, pelo que se verificou da análise das entrevistas, também o parece ser para as informantes, no seguimento do discurso médico, contrariamente ao que verificaram Beske e Garvis (1982).

Da categoria “**Duração do Aleitamento Materno**”, emergiu a subcategoria “*ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ AOS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA*”, referida por seis informantes, no seguimento do que menciona E5: “*E aos poucos, aos poucos chegámos aos seis meses. (...) ter conseguido amamentar até aos seis meses para mim, foi ter sucesso*” e E7: “*(...) Para mim foi muito importante atingir os seis meses porque sabia que isso era o melhor, de certa forma, sabe... sabia que era difícil e por isso quase que foi um prémio para as duas termos conseguido*”. Da análise destes enunciados, pode-se depreender que a utilização do verbo “conseguir”, associa a estas representações de sucesso do AM um carácter meritório, definido talvez como um objectivo, uma meta a alcançar. Para isto, poderão contribuir as orientações dos profissionais de saúde de promoção do AM, tal como refere Spencer cit por Johnson, Williamson, Lytle e Leeming (2009).

A manutenção da prática do AM após os seis meses de vida da criança em complementação com a restante alimentação, que nos remete para a

subcategoria “**ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTAR COM A RESTANTE ALIMENTAÇÃO APÓS OS SEIS MESES DE VIDA DA CRIANÇA**” foi também abordada por duas informantes como uma representação de sucesso do AM. Neste âmbito, refere E2: “*Como tenho leite e tem-se proporcionado, é bom, e ela está a crescer bem, dei até aos seis meses só com o meu leite e continuo passado um mês e quero continuar*” e corrobora E3: “*e diz que era bom que fosse só do meu até aos seis meses e eu estava em casa e assim pronto, foi passando e até hoje ainda dou e enquanto ela quiser*”. Destes achados ressalta a importância da prática do AME até aos seis meses de vida da criança para as informantes, que parece representar um marco de referência para o sucesso do AM, mas a partir do qual não parece ser importante fixar metas.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Duração do aleitamento materno**”:

Quadro 5 – Resultados da categoria “**Duração do aleitamento materno**”

	Duração do aleitamento materno	
	<i>Aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida da criança</i>	<i>Aleitamento materno complementar com a restante alimentação após os seis meses de vida da criança</i>
Entrevista 1	X	
Entrevista 2		X
Entrevista 3	X	X
Entrevista 4	X	
Entrevista 5	X	
Entrevista 6	X	
Entrevista 7	X	

1.2. Factores que contribuem para o Sucesso do Aleitamento Materno, na Perspectiva das Mulheres que Amamentam

Com a presente área temática pretendemos conhecer os factores que contribuem para o sucesso do AM, na perspectiva das mulheres que amamentam.

As intervenções em promoção da saúde devem ser direccionadas para os factores que actuam sobre a saúde, influenciando-a e até determinando-a. Estes factores são designados determinantes em saúde (WHO, 1998b) e com a sua identificação é possível potenciar e trabalhar aqueles que têm maior impacto, traduzindo ganhos em saúde. Os achados subtraídos da análise das entrevistas remetem-nos para um conjunto de determinantes bastante próximo àqueles que são apresentados no documento “Protecção, promoção e suporte do aleitamento materno na Europa: um projecto em acção” (UE, 2008) e que se distribuem por diferentes níveis de influência. Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias: “Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família”, “ Factores relacionados com o sistema de saúde” e “Factores relacionados com a cultura e as políticas sociais”.

A categoria relativa aos **“Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família”** pode corresponder ao nível de intervenção “Mãe, Criança e Família” proposto pela UE (2008). A subcategoria *“EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM ALEITAMENTO MATERNO POR PARTE DA MÃE”* traduz um determinante com relativa importância, que foi referido pelas duas múltiparas do estudo, E3: *“Já das outras dei e por isso foi natural (...) A experiência que se vai tendo também ajuda, já foi a terceira (...) A experiência também conta (...)”* e E4: *“ Já do mais velho amamentei até aos dez meses”*. Verifica-se que a vivência prévia de uma experiência de AM de sucesso poderá ser preditiva de outras, no futuro, no seguimento dos achados evidenciados por Faleiros, Trezza e Carandina (2006), Junges et al (2010) e Caldeira, Moreira e Pinto (2007).

A saúde física da mãe foi abordada por todas as informantes como um determinante para o sucesso do AM, no âmbito das condições biológicas para amamentar e que nos remete para a subcategoria *“CARACTERÍSTICAS DAS MAMAS E RELACIONADAS COM A PRODUÇÃO DE LEITE”*. Verificamos que as informantes

valorizam aspectos relacionados com a forma e tamanho da mama e do mamilo, tal como expressa E2: “*Porque a N. não mamava, eu não tinha mamilo para ela mamar. (...) nunca me passou pela cabeça que não tivesse mamilo para ela pegar*”. Contudo, verifica-se que para o estabelecimento da pega eficaz, a forma e tamanho da mama e do mamilo não são determinantes para a amamentação, na medida em que o bebé deve mamar na mama, abocanhando a aréola e não o mamilo, como evidenciam a WHO/UNICEF (1993) e como constatou E6: “*Sei lá, por causa do peito pequeno, porque se calhar também tinha um bico pequeno, mas afinal de contas ele mamou bem*”. Este achado remete-nos para a importância da valorização, pelos enfermeiros no planeamento das suas intervenções, da percepção materna acerca do AM, gerada da sua capacidade de auto-eficácia, como referem Meedy, Fahy e Kable (2010). Dessa percepção poderá depender o sucesso do mesmo, como se denota do discurso de E4: “*Bem, se eu não tivesse (leite), também não podia, mas como tinha e tenho leite, foi acontecendo. (...) Mas isso se calhar, às vezes, mesmo que eu quisesse, até podia nem ter, porque por exemplo a minha irmã teve a mesma alimentação, teve os mesmos “zuns-zuns” que eu e o leite não chegou, secou. O leite dela... era água, o meu não... Mas não sei, sei lá... depende dos corpos, não é? Isso depende dos corpos de cada um. Depende das pessoas*”.

Nesta linha, as informantes referem também como determinante as propriedades do leite, em qualidade, tal como disse E1: “*Como o leite, prontos, lá estava, como era tão bom, ela evoluía muito bem. (...) Agora, se ela não estivesse a crescer tão bem, já pensava duas vezes... será o leite?*”, e em quantidade, como corrobora E3 “*(...) mas sempre tive muito leite, Jesus. (...) Ora, correu bem porque (...) eu ainda tinha leite. (...) para mim ter sucesso foi (...) eu ter muito leite para alimentá-la*”. Este achado remete-nos para a influência dos mitos e crenças socioculturais nas mães, ao nível da percepção das suas competências para o AM, como apontam Marques, Cotta e Priore (2011). Como se denota na literatura, a quantidade e composição do leite materno dependem de condições biológicas que a esmagadora maioria das

mulheres detém, com excepção em algumas situações pontuais (WHO/UNICEF, 2009).

O “*ESTABELECIMENTO DE PEGA EFICAZ*” foi aponte por quatro informantes como uma condição inerente à criança, manifesta através da expressão “mamar bem”, tal como refere E2: “*Está a ser [referindo-se à sua experiência como de sucesso] porque ela consegue mamar bem (...)*” e como descreve E4: “*Então? Mamar bem é ela agarrar bem o peito (...)* [Acerca do que acha importante para se dizer que se tem sucesso na amamentação] *Olhe, que o bebé mama*”. Denota-se do discurso das informantes que o estabelecimento da pega eficaz corresponde a um factor determinante para o sucesso do AM, relação bem evidenciada na literatura científica, como apontam Lothian (1995), Levy e Bértolo (2008) e demonstram Pereira, Levy, Matos e Calheiros (2008).

A relação existente entre a vontade materna e o sucesso do AM descrita por Barttlet (2002), evidencia-se da análise de seis entrevistas, remetendo-nos para a subcategoria “*CONHECIMENTOS, ATITUDES E CONFIANÇA NA CAPACIDADE PARA AMAMENTAR*”. Neste âmbito, E5 expressa: “*A minha vontade, também... (...) Por exemplo, quando vi, desta última vez que ela estava com fome, era o pai a dar-lhe o leite congelado pelo copo e as lágrimas a caírem-me pela cara abaixo (...) Foi uma questão de auto-determinação*”. Constata-se que a motivação materna assente em mecanismos individuais, tais como a auto-determinação, ou a perseverança, teimosia e paciência, como descreve E2: “[Referindo-se a outros factores que influenciaram a sua experiência de sucesso] *Ah, a minha persistência, a minha teimosia (...) tive muita persistência, coragem e paciência nesse aspecto. (...) que é preciso ter muita paciência e perseverança (...)*” poderão facilitar a prática de AME até aos seis meses de vida, ao encontro do que referem Meedya, Fahy e Kable, (2010) e Hauck e Reinbold (1996). Desta análise, parece confirmar-se que o auto-controlo, tal como verificou Rempel (2004) poderá participar para a motivação de experiências mais prolongadas de AM.

A definição de um objectivo pessoal pela mãe parece ser determinante para o sucesso do AM, como defendem Bottorf (1990), Hauck e Reinbold(1996), Levy e Bértolo (2008), e refere E5: “*Sempre o objectivo era os*

seis meses, estava muito ansiosa, com medo de não conseguir, mas era o que o meu marido dizia... todos os dias são importantes, não é? (...) Ela fazia os seis meses no dia 22 e eu esperei religiosamente pelo dia 23 para iniciar a diversificação alimentar (risos), foi mesmo um marco, uma meta... E fiquei muito feliz por causa disso...". Depreende-se da análise das entrevistas que a reorientação do objectivo definido para a amamentação, de acordo com as expectativas que se vão transformando, é igualmente importante, tal como verificaram Wrigley e Hutchinson (1990) e que é confirmado por E6: *"(...) porque primeiro o meu objectivo foi ter leite, eu não conseguia saber isso antes dele nascer. Depois de eu ver se tinha, então o objectivo foi os seis meses. (...) Desde que até aos seis meses eu conseguisse dar do meu leite... (...) Eu queria que ele mamasse até aos seis anos..."*.

A vivência do projecto de AM é uma experiência dinâmica, para a qual concorre a influência de vários aspectos. A *"INFLUÊNCIA DA REDE INFORMAL"* identificada como subcategoria neste estudo, discorre dos discursos de todas as informantes, ao reconhecerem importância no apoio das pessoas que a rodeiam, principalmente da família, tal como diz E7: *"(...) E o apoio da ... da... família também. Sempre me incentivaram muito, porque olhe que se me viessem com aquelas coisas do meu leite não prestar, ou da menina não estar a crescer, era mais difícil eu acreditar que estava tudo bem, não era?"*.

O apoio do pai é valorizado, na medida em que descreve E2 *"[Referindo-se ao apoio do pai da criança] Muito! Esteve presente sempre, em todas as fases da gravidez e da maternidade e naquela primeira fase estive sempre comigo, ajudou-me muito, ficou-me com a N. várias vezes para eu descansar, dava-me muito apoio psicológico, dava-me muita força e coragem e sempre a tentar ajudar-me de todas as maneiras possíveis. (...) ambos lutámos por manter sempre a amamentação, por ser o mais saudável"*, tal como verificaram Faleiros, Trezza e Carandina (2006). Constata-se que a partilha de necessidades e preocupações, bem como a tomada de decisões conjunta pode influir na atitude da mãe, no seguimento do referido por Meedya, Fahy e Kable (2010).

O apoio dos irmãos, é também relatado como importante, para o sucesso do AM, tal como refere E3: *“(...) E mesmo as irmãs (...) vinham para a minha beira ver a dar de mamar e a do meio até dizia que queria provar do meu leite... Até que um dia até deu uma chupadela e disse “já comi do leite da mãe, já não quero mais!” (risos)... Diz que é amargo... (risos)”*.

A atitude das mães e sogras parece merecer consideração por parte das informantes e influenciar o sucesso do AM, tal como refere E4: *“(...) a minha mãe e a minha sogra sempre “Tens que comer, tens que comer, faz bem à menina... o leite da mãe é essencial...”*, contrariamente ao que consensualmente se verifica na geração de avós actual, em que tendencialmente se verifica uma associação negativa no que se refere ao apoio ao AME até aos seis meses de vida da criança.

A referência a familiares indirectos é feita por E6: *“(...) aliás, as tias do lado do meu marido - porque do meu lado ninguém amamentou , elas diziam sempre que eu era a primeira sobrinha, dessa geração, que seguia os passos delas e claro que isso também foi um orgulho”*, o que consubstancia a importância do apoio da rede informal no sucesso do AM, mas que também poderá ser corroborante com a necessidade de aprovação social por parte das mães na ampliação do período de AM, referida por Rempel (2004).

Os colegas de trabalho são também incluídos na rede informal de apoio, como refere E3: *“As colegas de trabalho. Tive uma que já não foi mãe muito nova, foi com 39 e ela também deu de mamar até bastante tempo e ela também me dizia “Ai D. se tens leite, não lhe tires, dá-lhe de mamar, dá-lhe de mamar...”*. Deste enunciado pode-se depreender que pode ser importante a vivência pela mãe de experiências positivas no AM, por mulheres que lhe sejam próximas, na medida em que pode aumentar a sua confiança para a amamentação do seu próprio filho, tal como referem Jungles et al (2010).

Também a existência de *“EXEMPLOS A SEGUIR DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NO ALEITAMENTO MATERNO”* no meio informal próximo da mãe pode ser determinante para o AM de acordo com uma informante, no seguimento do que refere Gribble (2009), e como afirma E2: *“(...) a minha mãe amamentou-me, vi a minha mãe dar de mamar às minhas irmãs, as minhas irmãs amamentaram...”*.

Os “ESTILOS DE VIDAS” adotados parecem representar um determinante para o sucesso do AM, de acordo com quatro informantes, principalmente no que diz respeito à alimentação, como menciona E4 “(...) eu não como chocolate, não bebo café, nada disso. (...) Quando a B. nasceu, a parteira disse logo: “acabaram-se os chocolates, os morangos, os cafés...” e disse-me mais coisas... e acabou! Bem, os cafés é que custaram, porque eram seguidos, mas teve que ser. (...) É o que eu digo, uma boa alimentação, mais nada. Eu não faço mais nada. E não estou a tomar nada. Ter cuidado com a alimentação... a alimentação tem mesmo que ser boa. Ter cuidados com a boquinha... Nada de porquinhos... de enchidos... No outro dia (...) a minha sogra fez um cozidinho, e eu olhei e disse “ai vou só tirar um bocadinho...” tirei um bocadinho, e maldita a hora em que eu comi aquilo... a mim soube-me bem, mas a ela, passado um dia a miúda, andava irritada, já estava cheia de borbulhas no rabinho (...). Também deixei de comer fritos, não como, nem enchidos...”.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família**”:

Quadro 6 – Resultados da categoria “**Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família**”

	Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família							
	Experiência prévia em aleitamento materno por parte da mãe	Características das mamas e relacionadas com a produção de leite	Estabelecimento da pega eficaz	Conhecimentos, atitudes e confiança na capacidade para amamentar	Influência da rede informal	Exemplos a seguir de experiências positivas em aleitamento materno	Estilos de Vida	
Entrevista 1		X	X		X			
Entrevista 2		X	X	X	X	X		
Entrevista 3	X	X		X	X		X	
Entrevista 4	X	X	X	X	X		X	
Entrevista 5		X		X	X		X	
Entrevista 6		X	X	X	X		X	
Entrevista 7		X		X	X			

Os cuidados de saúde materno-infantis desempenham um papel fundamental na promoção de práticas de AM de sucesso, através de todo um conjunto de intervenções adequadamente direccionadas, desde a etapa pré-natal até ao pós-natal, proporcionadas por um sistema de saúde acessível, tal como referem Fairbank et al (2000). O papel desempenhado por cada um dos níveis de intervenção, quer cuidados de saúde primários, quer cuidados de saúde hospitalares para o sucesso do AM, é valorizado pelas informantes, no decurso das suas entrevistas, o que nos remete para a categoria **“Factores relacionados com o sistema de saúde”** e que pode corresponder ao nível de intervenção “Sistema de Saúde”, proposto pela UE (2008).

A subcategoria *“INFLUÊNCIA DA REDE FORMAL DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”*, foi referida por todas as informantes e destaca a importância do papel desempenhado quer por enfermeiros, quer por médicos, no sucesso do AM. Neste âmbito, afirma E2: *“A médica e a enfermeira do Centro de Saúde foram incansáveis, sempre a ajudar-me, acreditaram em mim no início, quando a N. depois de nascer nas primeiras semanas perdeu muito peso... Desde a gravidez, no nascimento e até à actualidade. (...) as aulinhas antes do parto [referindo-se aos cursos de preparação para a parentalidade] ajudam muito, aprendem-se lá muitas coisas, apesar de não se aprender tudo, porque cada caso é um caso...”*, destacando-se em alguns discursos o papel do enfermeiro, como aponta E5: *“O acompanhamento da enfermeira. Ela... eu chamo-lhe mesmo o anjo da guarda dela, da bebé. Foi impecável... Por muita vontade que eu tivesse... por muita vontade que o pai também tinha... (...) Sem a enfermeira não teríamos conseguido. (...) Porque... arranjava não... tranquilizava-me sempre e orientava-me sempre (...) tirou-me sempre as dúvidas, a ansiedade... Foi espectacular”*. Estes dados reforçam a importância dos programas educacionais de apoio durante o período pré-natal, nos quais se enquadram as consultas de vigilância de enfermagem, como verificaram Schimizu e Lima (2009), especialmente quando contextualizadas em sessões de EpS em grupo, das quais poderão ser exemplo os cursos de preparação para a parentalidade, como demonstraram Marinho e Leal (2004), Oliveira, Camacho e Tedstone (2001) e Graça, Conceição e Figueiredo (2011).

A “*INFLUÊNCIA DA REDE FORMAL DE CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES*” evidencia-se do discurso de duas informantes, principalmente no que respeita ao apoio do pediatra e dos profissionais de saúde no pós-parto imediato, como refere E1: “*E o pediatra também diz que crescia muito, a menina. (...) [Referindo-se ao que poderia ter influenciado negativamente a sua experiência de amamentação] (...) se o pediatra também não incentivasse... (...) [Referindo-se ao apoio que recebeu no hospital] Sim, muito bom. (...) eu adorei, incentivaram sempre (...)*”. O apoio contínuo de profissionais de saúde no parto e pós-parto, proporcionado pelos cuidados de saúde hospitalares reveste-se, como se vê, da maior importância, como demonstram Hodnett et al (2011), na medida em que intervêm em momentos de grande importância para o sucesso do AM, tais como o estabelecimento precoce da amamentação.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Factores relacionados com o sistema de saúde**”:

Quadro 7 – Resultados da categoria “**Factores relacionados com o sistema de saúde**”

	Factores relacionados com o sistema de saúde	
	<i>Influência da rede formal de cuidados de saúde primários</i>	<i>Influência da rede formal de cuidados de saúde hospitalares</i>
Entrevista 1	X	X
Entrevista 2	X	
Entrevista 3	X	
Entrevista 4	X	
Entrevista 5	X	X
Entrevista 6	X	
Entrevista 7	X	

A categoria “**Factores relacionados com a cultura e as políticas sociais**” realça-se do discurso das informantes como determinantes para o sucesso do AM e pode corresponder ao nível de intervenção “**Cultura e políticas sociais**” proposto pela UE (2008). O contexto individual da lactante deverá ser tido em conta quando se pretende compreender a sua experiência

de AM, em detrimento da sobrevalorização dos aspectos fisiológicos da lactação, tal como apontam Johnson, Williamson, Lyttle e Leeming (2009).

A subcategoria “*LEGISLAÇÃO DE PROTECÇÃO À MATERNIDADE E RESPECTIVO CUMPRIMENTO*” parece ser determinante para o sucesso do AM, na óptica de três informantes, no seguimento do que refere E3: “*Desta já foi diferente, fiquei os seis meses em casa. Da minha mais velha só lhe dava de mamar de manhã e à noite, ah! E ao meio-dia, fazia muito esforço e às vezes ia a casa e dava-lhe de mamar. Esta já foi mais beneficiada, estive mais tempo em casa, estive os seis meses em casa. (...) porque tenho horário reduzido, tenho condições para isso. (...) e esta coisa de ter horário reduzido é muito bom...*”. Verifica-se que, pelo facto das medidas legislativas existentes em Portugal, inscritas nomeadamente na lei 7/2009 de 12 de Fevereiro, proporcionarem às mulheres liberdade para amamentarem em regime livre, pelo menos, durante seis meses, e em complementação com a restante alimentação até aos dois anos de vida, as informantes sentem-se com mais condições para amamentar, no seguimento do que apontam Faleiros, Trezza e Carandina (2006), e tal como refere E6: “*O facto de eu trabalhar só de manhã também ajudou a que eu conseguisse amamentar (...) mas se eu trabalhasse a tempo inteiro não conseguia, até aos seis meses, não é? (...) porque também mudei de emprego, porque no sítio onde estava a trabalhar teria sido impossível até para ter filhos, quanto mais amamentar...*”. De facto, esta pode ser considerada uma das principais condicionantes para a prática do AME, na medida em que, quando as mães se vêm forçadas a começar a trabalhar antes do período estipulado, vêm-se forçadas a introduzir leites artificiais e a iniciar a complementação alimentar mais precocemente.

Os “*OBSTÁCULOS E BARREIRAS À AMAMENTAÇÃO EM PÚBLICO*” foram citados por duas informantes como determinantes relevantes para o sucesso do AM, na medida em que são encarados como dificuldades, tal como refere E1 “*Mesmo quando tinha que dar de mamar em público, achava bonito, mas pensava “oh, não... é para o bem da L.”*”, e manifesta E3: “*Bem, eu também não me sinto à vontade, lembro-me aqui no centro de saúde que a menina começou a chorar e eu dei-lhe de mamar e estava a sala cheia de gente e eu*

“oh fogo, vou ter que por a mama de fora... carago como é que eu vou fazer?” Olhe, fui para o corredor, para aquele corredor por onde passam os médicos e os enfermeiros e comecei a dar a mama, até que passou uma médica e disse para eu ir para a salinha da enfermeira... e eu fui. Pois também não me sinto assim à vontade de dar em qualquer lugar, não é, diante de toda a gente, mas também não tenho problemas nenhuns de o fazer quando é preciso.”. Verifica-se da análise destes enunciados que não são evidentes comportamentos de desaprovação pública pela amamentação em público, o que pode ir de encontro ao demonstrado por Li et al (2004). Antes se denota um desconforto, sentido pelas informantes nesse âmbito, provavelmente porque a cultura do biberão se encontra mais enraizada e socialmente o papel atribuído às mamas seja mais de cariz sexual que nutritivo. Contudo, denota-se a existência de barreiras à amamentação, nomeadamente quanto à existência de espaços destinados para tal. Li et al (2004) defendem que o reconhecimento da população da importância da criação de espaços para a amamentação, confirma a recriminação social pela amamentação em público. Tal pode não ser totalmente realidade, na medida em que o momento da amamentação é, fundamentalmente um momento de alimentação e que, merece ser disfrutado no seio de um ambiente acolhedor e tranquilizante.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria **“Factores relacionados com a cultura e políticas sociais”**.

Quadro 8 – Resultados da categoria **“Factores relacionados com a cultura e políticas sociais”**

	Factores relacionados com a cultura e políticas sociais	
	<i>Legislação de protecção à maternidade e respectivo cumprimento</i>	<i>Obstáculos e barreiras à amamentação em público</i>
Entrevista 1	X	X
Entrevista 2		
Entrevista 3	X	X
Entrevista 4		
Entrevista 5		
Entrevista 6	X	
Entrevista 7		

1.3 Estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o

Sucesso de Aleitamento Materno

Com a presente área temática, foi nosso propósito conhecer as estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do AM.

Como se viu anteriormente, na perspectiva das mulheres o sucesso do AM depende de vários determinantes. A estes determinantes aliam-se estratégias, definidas pelas próprias e geradas pelos processos de aprendizagem formal e informal, que se vão desenvolvendo ao longo da sua vivência pessoal. Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias: **“Estratégias individuais”** e **“Estratégias técnicas e instrumentais”**.

As **“Estratégias individuais”** podem ser desenvolvidas com base na **“Aprendizagem informal”** e na **“Aprendizagem formal”**, depreendidas da própria experiência da mãe durante a segunda e terceira fases do processo de transição para a maternidade.

As *“ESTRATÉGIAS GERADAS PELA APRENDIZAGEM DECORRENTE DO RECURSO À REDE FORMAL”* refere-se às estratégias que duas das informantes depreendem do apoio que recebem da sua rede formal, em particular com profissionais de saúde especializados, onde procuram esclarecimentos e ensinamentos que lhes permite elaborar um conjunto de recursos para a manutenção do AM como referem duas informantes. Neste âmbito realça E5: *“Bem, dirigir-se, procurar as pessoas certas, e a Enf.^a C., foi essencial. Bem, eu também não tinha muita gente à minha volta... mas não ligar aqueles conselhos que às vezes vão dando... o “faz isto ou faz aquilo ou faz aqueloutro...” não, tentava informar-me com quem me poderia ajudar. (...) Tem que ser uma enfermeira, acho eu, especialista, porque se for uma geral, não é igual. Um especialista não estuda só para isso, também conta a experiência, tem muitas experiências que depois nos podem ajudar. É importante tanto para os conhecimentos que nos vai transmitindo, quer na confiança que a gente deposita”*.

As estratégias individuais que nos remetem para a subcategoria *“ESTRATÉGIAS GERADAS PELA APRENDIZAGEM INFORMAL”* foram referidas por duas informantes e referem-se às estratégias desenvolvidas pelas próprias mães, no

processo de adaptação ao novo papel materno e lactante. Destas estratégias são exemplo a implementação de rituais simples, como refere E2: *“(...) quando ela estava a mamar e se começava a distrair e largava a mama, pegava nela, saía do quarto e vinha até à sala para mudar de ambiente, e aí ela retomava muitas vezes, conseguíamos cumprir mais uma mamada! (...) Cantava, por exemplo, ou para ver se ela associava o cantar à mama, para a estimular, a acalmar... Fazia-lhe cócegas debaixo da boca para a incentivar a mamar...”*, e são ampliadas à medida que a relação entre mãe/filho se vai desenrolando, com base no conhecimento recíproco que vão estabelecendo, como aponta E4: *“(...) até porque aí nem eu nem ela gostamos de barulho, temos que estar uma para a outra, sozinhas. Se eu estiver num sítio com mais barulho, em casa da minha mãe ou da minha sogra, ela está sempre a olhar, não quer (...) Ela não gosta de confusões, mesmo agora com a sopa não há cá muitos alaridos, gosta de estar sossegada, não gosta de barulho, não... É para comer é para comer, não há cá brincadeiras...”*.

A consolidação dos conhecimentos que as mães vão adquirindo, fruto das suas vivências individuais em articulação com aqueles que vão extraíndo do apoio das equipas de saúde, pode levar à “IMPLEMENTAÇÃO DE ROTINAS” que, na perspectiva de uma das informantes, traduz uma estratégia eficaz para o sucesso do AM, tal como refere E2: *“[Referindo-se à rotina da amamentação] agora já começou com a sopa, mas fora isso àquela horinha é sagrado, tem que ser (...) ou dar-lhe banho, antes ou depois das mamadas, também a ajudava a acalmar”*.

Com a superação das dificuldades iniciais percebidas, depreende-se da análise das entrevistas, que as informantes desenvolvem capacidades de auto-eficácia, no seguimento do que referem Fahy e Holshier (1988), e que parecem associar-se à duração do AM, como demonstram Meedya, Fahy e Kable (2010).

À medida que as informantes ultrapassaram os obstáculos com os quais se foram deparando, verificou-se uma maior solidez ao nível da auto-eficácia, uma vez que após cada nova experiência, decorrente do reforço da auto-confiança, no seguimento do que apontam Binns e Scott (2002). Para este

processo, parece concorrer o desenvolvimento de “ESTRATÉGIAS PSICOLÓGICAS”, tal como expressa E2: “ *A persistência, a minha teimosia em tentar sempre de lhe dar de mamar. (...) tive muita persistência, coragem e paciência (...)*” e corrobora E3: “*Pois talvez a força de vontade, porque é muito absorvente, não é?*”, salientando E6: “ *Vivi tudo com muita calma, muita descontração... Foi um dia de cada vez para o outro dia dar certo... (...) Olho para muitas colegas minhas que não amamentaram e penso que... ou eu tive muita sorte, ou elas é que tiveram muito azar (risos) porque muitas vezes nem é tanto uma questão de leite, é aquela vontade (...) É uma questão de auto-determinação e muita força de vontade*”. As estratégias psicológicas referidas, poderão surgir no encaixe dos traços psicológicos inerentes a cada informante, como refere E7: “*Então por isso, a nossa vontade, a nossa determinação... é muito importante*”, ou decalcadas dos conhecimentos que adquirem através da rede formal, como expressa E5: “ *Tentar manter a calma (risos) Porque eu sabia que o stress e a ansiedade interferiam negativamente. Essencialmente é manter a calma...*”, pois como se sabe, o processo fisiológico da lactogénese relaciona-se com o estado psicológico da lactante, como percebe E4: “*E depois, quando tiro o leite tenho que estar sossegada, com a cabeça limpa, senão então é que não sai nada, não adianta. Nem a B. pode estar ao meu lado, porque ela já se mexe, quer brincar e o leite vai-se*”.

O impacto das condicionantes socioculturais no processo do AM descrito por Almeida e Novak (2004) parece influir na definição das estratégias individuais proferidas pelas informantes, ao reconhecerem o “RECURSO A GALACTOGOGOS” como uma importante estratégia. Neste âmbito E4 verifica: “*E para aumentar o leite é bacalhau (risos) e acredito, porque se eu ao meio-dia comer bacalhau, ao fim do dia estou cheia de leite. (...) Também há muita gente que diz que o leite também faz bem, mas eu não bebo*”.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Estratégias individuais**”.

Quadro 9 – Resultados da categoria “Estratégias individuais”

	Estratégias Individuais				
	“Estratégias geradas pela aprendizagem decorrente do recurso à rede formal”	“Estratégias geradas pela aprendizagem informal”	“Implementação de rotinas”	“Estratégias psicológicas”	“Recurso a galactogogos”
Entrevista 1				X	
Entrevista 2		X	X	X	
Entrevista 3				X	
Entrevista 4		X		X	X
Entrevista 5	X			X	
Entrevista 6				X	
Entrevista 7	X			X	

Paralelamente à elaboração das estratégias individuais atrás referidas, denota-se dos discursos das informantes o desenvolvimento de “**Estratégias Técnicas e Instrumentais**”, para a manutenção do sucesso no AM. Estas estratégias surgem com a mobilização e integração dos conhecimentos das informantes, adquiridos durante os processos de aprendizagem formal e informal e revestem-se de grande importância pois representam para as mães provas concretas da sua experiência individual de sucesso do AM.

A utilização do “*BICO DE SILICONE*” é manifesto por duas informantes como um recurso valorizado no estabelecimento e manutenção da lactação, como refere E2: (...) *então optei com o conselho do médica e da enfermeira dar com o bico artificial, não me preocupar com isso.(...) e agora ainda tenho que lhe por o bico às vezes, mas aguenta bem com o meu leite*”.

A extracção do leite materno asseverou-se, da análise das entrevistas, como um recurso relevante para o sucesso do AM. Foi uma estratégia referida com duas finalidades distintas: para conservação ou administração posterior e para aumento da produção láctea.

No que toca à “*EXTRACÇÃO DE LEITE MATERNO PARA CONSERVAÇÃO OU ADMINISTRAÇÃO POSTERIOR*”, foi referida por quatro informantes e parece que foi uma estratégia utilizada quer em momentos de dificuldade, como aponta E2: “(...) *tive que andar a tirar leite da mama à mão, dar de copinho ou biberão*”

(...)”, como forma de não interferir com a amamentação, ou após a amamentação estar bem estabelecida, após o regresso da mãe ao trabalho, como expressa E3: *“Tenho tirado leite e deixo para a minha sogra lhe dar. (...) e também porque congelei leite, porque das outras não congelei, mas só depois porque no princípio também não sabia... (...) Depois mesmo de começar a trabalhar, ela ainda esteve aí uns quinze dias exclusivo a mamar o leite que estava congelado...”*.

A produção láctea é uma questão que integra as preocupações de quatro informantes (que foi referido como um determinante para o sucesso) e que parece ser ultrapassada recorrendo à estimulação com bomba eléctrica, o que nos remete para a subcategoria *“EXTRACÇÃO DE LEITE MATERNO PARA CONSERVAÇÃO OU ADMINISTRAÇÃO POSTERIOR”*. Neste âmbito E3 manifesta: *“E na primeira oportunidade tentava sempre compensar, dar mais vezes, tirar com a bomba para aumentar.”* e E4: *“Agora, agora é que já estou a ter algumas dificuldades em ter leite que chegue. Eu tiro à bomba...”* e reforça E7: *“E depois bem se vê... só o facto de tirar faz-me ter ainda mais, e tem sido um ciclo. Continuo a ter leite suficiente para ela e para tirar.(...) Depois acho que é importante ter uma bomba e tirar leite, porque o tirar estimula, não é?”*.

A importância de amamentar segundo *“REGIME LIVRE”*, isto é, a pedido do bebé, no seguimento do 7º e 8º passos da IHAB reconhecidos como importantes medidas de promoção do sucesso do AM, é corroborada por algumas das informantes como estratégia para o sucesso do AM, como aponta E6: *“Agora, depois de ele ter começado a mamar sempre, sem ter necessidade de eu tirar leite, eu não tenho hora, é a pedido dele, é regime livre, porque no princípio era uma coisa, três em três ou quatro em quatro horas... e desde o momento em que ele começou a mamar só da minha mama, sem necessidade de eu ir tirar e dar por cima deixei de ter essa rigidez de horário, dava quando ele queria... agora ele já come durante o dia, à noite é mais complicado, vem logo à mama... (risos) (...) por isso a estratégia agora é um bocado indefinida, é quando ele quer... de dia come comidinha, e à noite mama”*.

A utilização de meios físicos para a prevenção e controlo das possíveis complicações do AM, decorrentes da técnica de amamentação desajustada,

dos quais são exemplo as pomadas e os dispositivos de protecção dos mamilos, remete-nos para a subcategoria “*UTILIZAÇÃO DE POMADAS E DISPOSITIVOS DE PROTECÇÃO DOS MAMILOS*”, sendo referida como estratégia pela informante E7: “ (...) *era o colostro nas mamas, depois nas gretas o “S.”, os arejadores de mamilo... entre outras coisas, recomendadas pela Enf.^a C.*”.

Apresenta-se de seguida o quadro-síntese com o resumo da análise de conteúdo das sete entrevistas, no que se refere à categoria “**Estratégias técnicas e instrumentais**”.

Quadro 10 – Resultados da categoria “**Estratégias técnicas e instrumentais**”

Estratégias técnicas e instrumentais								
	Utilização do bico de silicone	Extracção do leite materno para conservação ou administração posterior	Extracção do leite materno com bomba eléctrica para aumentar a produção láctea	Regime Livre	Utilização de pomadas e dispositivos de protecção dos mamilos			
Entrevista 1								
Entrevista 2	X	X						
Entrevista 3		X		X				
Entrevista 4		X						
Entrevista 5								
Entrevista 6	X		X	X				
Entrevista 7		X	X		X			

O conceito de sucesso do AM é construído pelas mulheres no decurso da transição para a maternidade, com início durante a gravidez, consolidado pelos processos de aprendizagem formal e informal (dos quais se concebem estratégias individuais e técnicas e instrumentais), culminando com consecução do papel materno e feminino, para o qual concorre o desempenho enquanto lactante. A vivência dos processos de aprendizagem formal e informal depende do apoio da rede formal, bem como dos contributos das intervenções de promoção do AM proporcionadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente através da difusão das vantagens do AM (que vão sendo reconhecidas pelas mulheres) e do incentivo ao prolongamento da duração do AM em exclusividade até aos seis meses de vida da criança e em

complementação com a restante alimentação até aos dois anos ou mais. Também a acção sobre determinantes relacionados a mãe, a criança e a família, bem como com o Sistema de Saúde e a cultura e políticas sociais são decisivos para o sucesso do AM.

O planeamento das intervenções em saúde, particularmente no âmbito dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito à promoção e EpS no contexto do AM devem considerar esta dinâmica, na medida em que representam ganhos para a consecução de práticas de AM de sucesso.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

O conceito de sucesso do AM é um conceito de difícil determinação, dado que varia de acordo com as perspectivas dos intervenientes. A sua definição implica a coordenação das diferentes representações dos envolvidos.

As acções de promoção de saúde, e em particular no âmbito do sucesso do AM, devem valorizar os dados que a evidência científica documenta, aliados ao projecto materno e que implica ter em consideração não só a mulher, como a sua família e comunidade, enquadrados no seu contexto sociocultural.

O estabelecimento de políticas favoráveis representa um dos pilares da promoção da saúde. Neste trabalho, depreendeu-se que a regulamentação jurídica na protecção à maternidade e respectivo cumprimento representa para as mulheres um determinante para o sucesso do AM, que por isso deve ser fomentado. Também a criação de ambientes favoráveis é fundamental para que se encontrem garantidas as condições necessárias para práticas de AM de sucesso. A reflexão sobre os achados deste trabalho, neste âmbito, remetem-nos para a importância da desmistificação social das crenças e mitos instituídos, que vulnerabilizam o acto de amamentar e que se evidenciam por exemplo ao nível das barreiras sentidas pelas mulheres quando amamentam em público. Reforça-se a importância do fomento à criação dos cantinhos da amamentação nos vários *settings* sociais: escolas, espaços de lazer e de trabalho e, principalmente ao nível das unidades de saúde, com apoio de pessoal especializado.

Na prestação de cuidados de saúde, quer primários quer hospitalares, a promoção do sucesso do AM implica que se contemple o projecto de amamentação materno. O conhecimento deste permitirá definir linhas de acção no planeamento dos cuidados que, indo de encontro às expectativas da mulher permitirão uma actuação em parceria. Para isto, o conhecimento das representações de sucesso do AM faculta importantes contributos.

A reflexão sobre os resultados deste estudo permite-nos afirmar que as representações de sucesso de AM assentam sobre os significados que as

mulheres detêm sobre a maternidade, percurso que envolve aprendizagem de habilidades, inerente ao processo de transição para a maternidade.

Pode-se dizer que a construção individual pela mãe do auto-conceito de AM de sucesso acontece paralelamente ao trajecto que percorre no sentido da consecução do seu papel materno, e que é constituído por quatro etapas distintas, no seguimento da Teoria da Consecução do Papel Materno proposta por Ramona Mercer. O reconhecimento do AM como um “projecto inerente à maternidade” traduz a primeira etapa deste processo e é análogo à fase antecipatória proposta por Mercer. A mãe esboça as primeiras expectativas relativamente ao papel materno que irá assumir durante o percurso gravídico, ao qual se poderá associar a prática do AM como parte integrante. É neste momento que a mãe leva a cabo o processo de tomada de decisão do AM, circunstância que pela sua importância, pode ser classificada como o primeiro ponto de viragem do AM e que valida as intervenções para a sua promoção, principalmente durante o terceiro trimestre de gravidez. Neste âmbito, destaca-se o importante contributo dos cursos de preparação para a parentalidade desenvolvidos pelas enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Não obstante de nem todas as mulheres poderem aceder a este nível de cuidados, reforça-se a importância dos serviços de saúde dos CSP reorganizarem os conteúdos das consultas de vigilância em Saúde Materna, focando com maior ênfase as questões relacionadas com a tomada de decisão em amamentar e a definição de objectivos para o AM, com recurso a estratégias tais como a EpS em grupos e metodologias interactivas associadas a novas tecnologias. Neste âmbito, é igualmente importante a abordagem de outros temas tal como as vantagens do AM. Parece que a constatação prática pelas mães das vantagens do AM enunciadas pelos profissionais de saúde no apoio à tomada de decisão em amamentar, evidenciam impacto no conceito de sucesso de AM que constroem. Ao reconhecerem com a prática do AM, principalmente saúde e satisfação na criança, as mães sentem-se felizes com as opções tomadas, realizando-se enquanto lactantes. A saúde e a satisfação da criança parecem derivar noutras vantagens do AM evidenciadas pela literatura científica, tal como o desenvolvimento global e estado-ponderal da

criança, adequado aporte nutricional, protecção imunológica e promoção da vinculação na díade. A priorização do bem-estar da criança em detrimento do da mãe, pode ser confirmado com a referência, nos discursos de todas as informantes, primariamente das vantagens para a criança e só depois, as vantagens para a mãe e para a família. As vantagens referidas neste âmbito relacionam-se fundamentalmente com a involução uterina e com a perda de peso no pós-parto, bem como com a vertente económica e prática associada à experiência do AM, parecendo o reconhecimento destas vantagens surgir da interiorização e aprofundamento da visão de sucesso do AM, na óptica dos profissionais de saúde.

Também a difusão de cursos de aconselhamento em aleitamento materno segundo as orientações da IHAB poderão representar uma ferramenta importante da preparação para a amamentação, e que poderão constituir uma importante ponte de ligação com os cuidados de saúde hospitalares.

A aprendizagem formal que caracteriza a segunda etapa do processo de construção do conceito de sucesso do AM, que pode ser sobreponível à fase formal proposta por Mercer, é despoletada após o parto, quando a mãe se encontra, normalmente, no hospital. Nesta fase, a mãe efectiva o processo de aprendizagem que perspectivou durante a gravidez, de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, que a empoderará para o cuidado ao seu filho, no qual se inclui a amamentação. Os contactos privilegiados da mãe nesta etapa são os profissionais de saúde e a rede de proximidade, que valorizam como um importante recurso na obtenção de informações válidas acerca da gestão do AM. Este momento reveste-se de vulnerabilidade, uma vez que congrega o estabelecimento efectivo da amamentação e que poderá ser comprometido por um desmame precoce, pelo que representa o segundo ponto de viragem do AM e que atribui às práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto um papel preponderante. Neste âmbito, é importante o incentivo das unidades de saúde para a adopção das medidas preconizadas pela IHAB.

Após o momento da alta, a mãe vivencia um processo de aprendizagem informal, que caracteriza a terceira fase do processo de construção do conceito

de sucesso do AM, e que pode ser análoga à fase informal proposta por Mercer. Neste momento, a mãe não tem disponível o apoio formal de que dispunha no pós-parto imediato, e depara-se com dificuldades e dúvidas para as quais não se encontrava preparada e pode experimentar uma incompatibilidade de expectativas, isto é, um confronto entre as expectativas que desenhou durante a gravidez e as dificuldades no AM que vivencia e para as quais não se encontrava preparada, mesmo depois de ter vivido a fase formal de aprendizagem. Este confronto de realidades estimula a mãe para um processo de aprendizagem, decalcado do apoio dos profissionais de saúde e sustentado pelos elementos mais significativos da sua rede informal, desenvolvendo formas particulares de lidar com a situação, baseadas na experiência individual e representando o terceiro ponto de viragem do AM. A importância desta fase remete-nos para a importância das práticas de apoio e suporte ao AM na comunidade, quer ao nível de profissionais de saúde dos CSP, quer ao nível da criação de grupos de apoio. Reforça-se a importância do apoio continuado, pelos profissionais de saúde dos CSP, às mães, filhos e suas famílias, quer através do serviço, através da criação de linhas telefónicas de apoio ou de visitas ao domicílio. Dado que é neste momento que a mãe inicia o desenvolvimento de estratégias para a manutenção do AM, parece importante que os enfermeiros no domínio das suas intervenções, as identifiquem junto das mães, com vista ao seu reforço positivo e incremento da auto-confiança materna.

O sucesso do AM pode surgir como a última fase do processo de construção do conceito de sucesso do AM, no seguimento da consecução do papel materno, em sobreposição à fase da identidade do papel proposta por Mercer. A mãe, tendo ultrapassado as dificuldades do AM com as quais se foi deparando, vê reforçada a sua auto-confiança, atingindo um estado harmonioso de bem-estar e realização individual e que traduz a interiorização do papel materno e de lactante. Para este estado de realização pessoal, parece contribuir a priorização das necessidades da criança em detrimento das da mãe, trespassando neste acto um compromisso social velado de responsabilização da mulher. Esta responsabilização, quase imposta às mães

pela sociedade, poderá sustentar sentimentos de inadequação perante o modelo de mãe em que se referenciaram, gerando sentimentos ambíguos e contraditórios, afectando a sua auto-confiança enquanto lactantes, e que poderão interferir o seu desempenho na maternidade.

Parece-nos importante que para a promoção do sucesso do AM nesta etapa, e transversalmente a todo este processo, se cruzem intervenções de enfermagem assentes na Pessoa e fundamentadas em acções de enfermagem focadas para o incentivo e elogio, que evidenciem os ganhos em saúde obtidos com a prática do AM, validando as opções tomadas pela mãe face à alimentação da criança, perante a informação disponibilizada ainda durante a gravidez e que permitiu a definição de objectivos claros e assim o empoderamento para a manutenção do AM.

Os determinantes do sucesso do AM deverão ser contemplados ao longo de todo este processo. Depreende-se deste estudo, por exemplo, que a experiências prévias de sucesso em AM por parte das mulheres, bem como exemplos positivos de experiências positivas nas quais se referenciam, poderão ser preditivas de sucesso nas experiências subsequentes. A percepção positiva pelas mães dos aspectos anatómicos e fisiológicos das suas mamas, facilitadores da produção de leite, em quantidade e qualidade, bem como do estabelecimento de pega eficaz também são entendidos como determinantes para o sucesso do AM.

As acções de enfermagem deverão ser planeadas sob uma óptica holística, contemplando os conhecimentos prévios da mulher em AM e partindo destes para o processo de intervenção. Pretende-se uma aprendizagem em espiral, reforçando as atitudes individuais e confiança na capacidade de amamentar, tais como a perseverança, motivação, força de vontade, no sentido de fortalecer o auto-controlo individual. Neste processo, deverão ser incluídos os elementos da rede de proximidade, percebidos como importantes para a mãe, nos esforços de apoio ao AM. Da mesma forma, deverão ser tidos em conta os estilos de vida da mulher, nomeadamente a alimentação e as crenças, sobretudo as que se relacionem a galactogogos. Recomenda-se a criação de instrumentos/ escalas validados, que permitam avaliar a importância de cada

determinante conhecido, para o sucesso do AM para cada mulher. Dessa forma, poderá ser possível planear intervenções ajustadas a cada projecto materno.

Após a interpretação e discussão dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas às sete informantes que atrás foram apresentadas, sentimos que deverão ser citadas algumas limitações que, em consciência, detectámos na investigação realizada. Entre estas, identificamos em primeiro lugar as fragilidades que derivam da complexidade conceptual, reflectindo-se numa maior dificuldade de interpretação dos resultados, nomeadamente no que se refere ao carácter subjectivo do sucesso, que como se viu, é próprio de cada interveniente no processo do AM. Um outro aspecto com implicações certamente relevantes nos resultados desta investigação, relaciona-se com a pouca experiência da investigadora na realização de entrevistas semi-dirigidas.

BIBLIOGRAFIA

- Abrahams, S. W., & Labbok, M. H. (2009). Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. [em linha]. *International Breastfeeding Journal Web Site*. Disponível em <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/11>. Acedido a 20 de Outubro de 2011.
- Aguilar-Cordero, M. J. (2005). *Lactancia Materna*. Génova: Elsevier.
- Almeida, J. A., & Novak, F. R. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, 80(5), p.119- 125.
- Alto Comissariado da Saúde / Escola Nacional de Saúde Pública. (2012a). Duração do aleitamento materno em Portugal. [em linha]. *Amamentar Web Site*. Disponível em <http://amamentar.net/Not%C3%ADcias/tabid/150/Default.aspx>. Acesso a 21 de Janeiro de 2012.
- Alto Comissariado para a Saúde / Escola Nacional de Saúde Pública. (2012b). Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. [em linha]. *Amamentar Web Site*. Disponível em <http://amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%AAs/AComiss%C3%A3oNacionalIniciativaHospitaisAmigosdo/tabid/393/Default.aspx>. Acesso a 21 de Janeiro de 2012.
- Amir, L. H., & Donath, S. (2007). A systematic review of maternal obesity and breastfeeding: intention, initiation and duration. *Pregnancy and Childbirth*, 10, p.1-14.
- Amorim, C. (2000). Para a autonomia de opção. *Revista Trajectos e Projectos*. 1, p.25-30.
- Bachrach, V. R., Schwarz, E., & Bachrach, L. R. (2003). Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157 (3), p. 237-243.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70.
- Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125 (5), p1048-1056.
- Bartlett, A. (2002). Breastfeeding as headwork: corporeal feminism and meanings for breastfeedings. *Women's Studies International Forum*, 25 (3), p. 373 – 382.
- Bell, J. (2008). *Como realizar um projecto de investigação*. 6ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Bervian, J., Fontana, M., & Caus, B. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 13 (2), p.76-81.
- Beske, E., & Garvis, M. (1982). Important factors in breastfeeding success. *The American Journal of Maternity and Child Nursing*, 7, p.174-179.
- Binns, C., & Scott, J. (2002). Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeed Review*, 10 (2), p. 13-19.
- Black, R., Allen, L., Bhutta, Z., Caulfield, L., de Onis, M, Ezzati, et al (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371, p.243-260.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. 1ª Edição. Porto: Porto Editora.
- Borges, A. P. (2005). *Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Federal da Bahia, Brasil.
- Borsa, J. C., & Feil, C. F. (2008). O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. [em linha]. *Portal da Psicologia Web Site*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>. Acedido a 4 de Outubro de 2011.

- Bosi, M. L., & Machado, M. T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1 (1), p. 17-25.
- Bottorf, J. L. (1990). Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 15, p.201-209.
- Brito, H., Alexandrino, A. M., Godinho, C., & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), p.209-214.
- Britton, C., McCormick, F., Renfrew, M., Wade, A., & King, S. (2007). Support for breastfeeding mothers. [em linha]. *Cochrane Database Systematic Reviews Web Site*. Disponível em <http://summaries.cochrane.org/CD001141/support-for-breastfeeding-mothers>. Acedido a 3 de Março de 2012.
- Brown, J. D., & Peuchaud, S. R. (2008). Media and breastfeeding: Friend or Foe? [em linha]. *International Breastfeeding Journal Web Site*. Disponível em <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/15>. Acedido a 3 de Março de 2012.
- Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, p.685-699.
- Cameron, A. J., Hesketh, K., Ball, K., Crawford, D., & Campbel, K. J. (2010). Influence of peers on breastfeeding discontinuation among new parents: The Melbourne InFANT Program. *Pediatrics*, 126 (3), p.601-607.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade de Trás os Montes e Alto-Douro, Portugal.
- Carvalhães, M., & Corrêa, C. (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante a aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*, 79 (1), p.13-20.

- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Caspi, A., Williams, B., Kim-Cohen, J., Craig, I. W., Milne, B. J., Poulton, R. et al (2007). Moderation of breastfeeding effects on the IQ by genetic variation in fatty acid metabolism. *Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America*, 104 (47), p.18860-18865.
- Castilho, S. D., & Filho, A. A. (2010). The history of infant nutrition. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), p.179-188.
- Center of Diseases Control (2007) Does breastfedding reduce the risk of pediatric overweight? [em linha] *Center of Diseases Control Web Site*. Disponível em http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/breastfeeding_r2p.pdf. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012.
- Chaves, R. G., Lamounier, J. A., & César, C. C. (2007). Factores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 83 (3), p.241-246.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *The Lancet*, 360 (9328), p.187-195.
- Collado-Mesa, F., & Díaz-Díaz, O. (1998). Frequência e duração do aleitamento materno em criança cubanas com diabetes mellitus tipo 1. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1 (3), p.294-298.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, p.3.
- Coutinho, J., & Leal, I. P. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 23 (3), p.277-282.

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO - strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Darmstadt, G.L., Bhutta, Z., Cousens, S., Taghreed, A., Walker, N., Bernis, L. (2005). Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*, 365 (9463), p.977-988.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República nº205 – I Série. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 220/99 de 16 de Junho. Diário da República, nº 3453 - Série A. Ministério da Saúde.
- Dennis, C.L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123 (4), p.736-751.
- Direcção-Geral da Saúde (2012a) *Legislação*. [em linha]. *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Web Site* Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>. Acesso a 2 de Fevereiro de 2012.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). PNS 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2012b). *Registo do Aleitamento Materno - Relatório | Julho de 2010 - Junho 2011*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão da Saúde Reprodutiva.
- Dicionário da Língua Portuguesa*. (2007). Porto: Porto Editora, p. 443.
- Dobbing, J., Kaiser, A.M., Sullivan, J., Nelson, E.A., Özsoylu, S. (2004). Warm chain for breastfeeding. *The Lancet*, 344, p.344.
- Dowling, D. A. (2005). Lessons from the past: a brief history of the influence of social, economic, and scientific factors on infant feeding. *Newborn and the Infant Nursing Reviews*, 5 (1), p.2-9.

- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 126 (1), p.18-26.
- Dykes, F., & Flacking, R. (2010). Encouraging breastfeeding: a relational perspective. *Early Human Development*, 86 (11), p.733-736.
- Fahy, K., & Holshier, J. (1988). Success or failure in breastfeeding. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 5 (3), p. 1-18.
- Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M., Woolridge, M. S., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. [em linha]. *National Institute for Health and Clinical Excellence Web Site*. Disponível em http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/Breastfeeding_vol_1.pdf. Acedido a 28 de Janeiro de 2012.
- Faleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (2006). Aleitamento materno: factores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, 19 (5), p.623-630.
- Fan, Y., Chong, Y. S., Choolani, M. A., Cregan, M. D., & Chan, J. K. (2010). Unravelling the mystery of stem/progenitor cells in human breast milk. *PLoS One*, 5 (12), p.14421.
- Ferreira, A. M. (2004). *Determinantes da tomada de decisão em amamentar*. Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Milenium*, 40, p.23-38.
- Flacking, R., Ewald, U., & Starrin, B. (2007). "I wanted to do a good job": experiences of 'becoming a mother' and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social, Science and Medicine*, 64 (12), p.2405-2416.
- Fonseca, S. C. (1999). Aleitamento materno numa população do concelho de Chaves. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Vila Real.

- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de investigação da concepção à realização*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 3ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Galvão, D. (2002). A decisão de amamentar: um processo complexo e ainda mal conhecido. *Sinais Vitais*, 41, p.49-51.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Giugliani, E. R. (1994). Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 70, p.138-151.
- Giugliani, E. R. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), p.238-252.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1984). *Etnography and qualitative design. educational research*. New York: Academic Press.
- Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Valente, S., et al (2007). Gravidez e exercício físico: mitos, evidências e recomendações. *Acta Médica Portuguesa*, 20, p.209-214.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. d., & Conceição, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), p.429-436.
- Greene, W., & Simons-Morton, B. (1984). *Educacion para la salud*. México: Interamericana.
- Gribble, K. (2008). Long-term breastfeeding; changing attitudes and overcoming challenges. *Breastfeed Reviews*, 16 (1), p.5-15.

- Gribble, K. (2009). "As good as chocolate" and "better than ice cream": how toddler, and older breastfeeders experience breastfeeding. *Early Child Development and Care*, 179 (8), p.1067-1082.
- Guise, J.-M. G., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B. K., Helfand, M., & Lieu, T. A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the United States preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 1 (2), p. 70-78.
- Gunnarsdottir, I., Schack-Nielsen, L., & Michaelsen, K. F. (2009). Infant weight gain, duration of exclusive breast-feeding and childhood BMI – two similar follow-up cohorts. *Public Health Nutrition*, 13, p.201-207.
- Gusman, C. R. (2005). *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil.
- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (9), p.1132 - 1144.
- Harrison, M., Morse, J., & Prowse, M. (1985). Successful breastfeeding: the mother's dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 10 (3) p.261-269.
- Hatsu, I. E., McDougald, D. M., & Anderson, A. K. (2008). Effect of infant feeding on maternal body composition. *International Breastfeeding Journal*, 20, p.3-18.
- Hauck, Y. L., & Irurita, V. F. (2002). Constructing compatibility: managing breastfeeding and weaning from the mother's perspective. *Qualitative Health Research*, 12 (7), p.897-914.
- Hauck, Y., & Reinbold, J. (1996). Criteria for successful breastfeeding: mother's perceptions. *Australian College of Midwives*, 9 (1), p. 21-27.
- Hauk, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128 (1), p.103-110.

- Higgins, T. M., Higgins, S. T., Heil, S. H., Badger, G. J., Skelly, J. M. et al (2010). Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. *Nicotine and Tobacco Research*, 12 (5), p. 483-488.
- Hoddinott, P., & Pill, R. (1999). Qualitative study of decisions about infant feeding about infant feeding about among women in east end of London. *British Medical Journal*, 318, p.30-34.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (Review).[em linha]. *The Cochrane Library Web Site*. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3>. Acedido a 3 de Novembro de 2011.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Gêneze: WHO.
- Horta, B. L., Victora, C. G., Gigante, D. P., Santos, J., & Barros, F. C. (2007). Duração da amamentação em duas gerações. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), p.13-18.
- International Council of Nurses. (2006). *The ICN code of ethics for nurses*. Genebra: Imprimerie Fornara.
- Ip, S., et al (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Isabella, P. H., & Isabella, R. A. (1994). Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *Journal of Human Lactation*, 10 (4), p.257-264.
- Johnson, S., Williamson, I., Lyttle, S., & Leeming, D. (2009). Expressing yourself: a feminist analysis of talk around expressing breastmilk. *Social Science and Medicine*, 69 (6), p.900-907.

- Jones, J. R., Kogan, M. D., Singh, G. K., Dee, D. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 128 (6), p.1117-1125.
- Junges, C. F., Ressel, L., Budó, M., Padoin, S., Hoffman, I., Sehnem, G. (2010). Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (2), p.343-350.
- Kelly, Y. J., Watt, R. G., & Nazroo, J. Y. (2006). Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics*, 118 (5), p.1428-1435.
- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19 (1), p. 4-12.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Miranova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L. M., et al (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65 (5), p.578-584.
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. [em linha] *World Health Organization Web site*. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf. Acedido a 13 de Dezembro de 2011.
- Kramer, M., Vanilovich, I., Matush, L., Bogdanovich, N., Zhang et al (2007). The effect of prolonged and exclusive breast-feeding on dental caries in early school-age children: new evidence from a large randomized trial. *Caries Research*, 41 (6), p.484-488.
- Labbok, M. H. (2008). Transdisciplinary breastfeeding support: Creating program and policy synergy across the the reproductive continuum. [em linha]. *International Breastfeeding Journal Web Site*. Disponível em <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/16>. Acedido a 3 de Dezembro de 2011.
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians - a working document*. Canada: Minister of Supply and Services of Canada.

- Lamberti, L. M., Victora, C., & Black, R. E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*, 11 (3), p.3-15.
- Latham, M. (1997). *Human Nutrition in the Developing World*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Leeff, E. W., Gagne, M. P., & Jefferis, S. C. (1994). Maternal perceptions of successful breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 10 (2), p.99-104.
- Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro. *Diário da República nº30 – I Série*. Assembleia da República.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. Edição revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Li, R., Hsia, J., Fridinger, F., Hussain, A., Benton-Davis, S., & Grummer-Strawn, L. (2004). Public beliefs about breastfeeding policies in various settings. *Journal of American Diet Association*, 104 (7), p.1162-1168.
- Lopes, B., & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo aos seis meses. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, p.539-544.
- Lothian, J. A. (1995). It takes two to breastfeed: the baby's role in successful breastfeeding. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40 (4), p.328-334.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre Amamentação*. Lisboa: Paz Editora.
- Lourenço, R. (2009). Aleitamento Materno: uma prioridade para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (3), p. 344-346.
- Maia, O. (2005). Promoção do aleitamento materno entre mães adolescentes. *Revista Informar*, 7, p.39-45.
- Marinho, C., & Leal, I. P. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1, p. 93-105.

- Marques, E. S., Cotta, R. M., & Priore, S. E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência e Saúde Colectiva*, 16 (5), p.2461-2468.
- Martis, R. (2007). *Support for breastfeeding mothers: RHL practical aspects*. Genebra: WHO.
- McInnes, R. (2003). Commentary on Hauck YL, Irurita VF. Constructing compatibility: managing breast-feeding and weaning from the mother's perspective. *Evidence-Based Nursing*, 6 (3), p.92.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, 23 (4), p.135-145.
- Meighan, M. M. (2002). Ramona T. Mercer: Consecução do Papel Maternal. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Michaelsen, K. F., Lawrence, W., Branca, F., & Robertson, A. (2003). *Feeding and Nutrition of Infants and Young Children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet Countries*. Dinamarca: World Health Organization Regional Publications.
- Ministério da Saúde (1993). *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nações Unidas. (2000). *Nações Unidas: Declaração do Milénio*. Lisboa: United Nations Information Center.
- Nakano, A. M. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser 'o corpo para o filho' e de ser 'o corpo para si'. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), p.355-363.
- Nakano, A. M., & Mamede, M. V. (1999). A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), p.69-76.

- Nakano, A. M., Reis, M. C., Pereira, M. J., & Gomes, F. A. (2007). O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 30 (2), p.15-25.
- Olímpio, D. M., Kochinski, E., & Ravazzani, E. D. (2010). Factores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. *Cadernos da Escola de Saúde*, 3, p.1-12.
- Oliveira, M. I., Camacho, L. A., & Tedstone, A. E. (2001). Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, 17 (4), p.326-343.
- Paço, A., Rodrigues, R. G., Duarte, P., Oliveira, J. M., & Soares, M. (2010). The role of marketing in promotion of breastfeeding. *Journal of Medical Marketing*, 10 (3), p.199-212.
- Parlato, M. (1990). The use of mass media to promote breastfeeding. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 20 (4), p.105-110.
- Pereira, M. A. (2006). Equilíbrio pela alimentação desde o nascimento: o aleitamento materno. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 3, p.80-88.
- Pereira, M. A., Levy, L., Matos, M. E., & Calheiros, J. M. (2008). Influência da correcção da pega no sucesso do aleitamento materno: resultados de um estudo experimental. *Revista Referência*, 2 (6), p.27-38.
- Pina, M., & Volpato, C. (2009). Riscos da alimentação com leite artificial. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (3), p.376-383.
- Politt, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), p.142-147.

- Rempel, L. A. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *Journal of Human Lactation*, 20 (3), p. 306-318.
- Renfrew, M. J., Dyson, L., Wallace, L., D'Souza, L., McCormick, F., & Spiby, H. (2005). *The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: systematic review of the evidence*. 1ª edição. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Resolução da Assembleia da República nº 71/2010 de 19 de Julho. *Diário da República nº138 – I Série*. Assembleia da República.
- Ribeiro, N. M., & Ribeiro, M. A. (2004). Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), p.199-210.
- Ribeiro, T. (2010). *Factores determinantes do aleitamento materno nas mulheres do distrito de Viana do Castelo*. Trabalho para a cadeira de Investigação Epidemiológica em Saúde Pública no Internato de Saúde Pública. Universidade de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Riordan, J., & Auerback, K. (1993). *Breastfeeding and human lactation*. 3ª Edição. Boston/Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Royal College of Midwife (1994). *Lactancia Materna: manual para profesionales*. Barcelona: Associació Catalana Pró Alletament Mater.
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, et al (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e factores determinantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, p.193-200.

- Sangalli, C. N., Henriques, F. N., & Oliveira, L. D. (2010). A influência das avós no aleitamento materno exclusivo. *Revista do Hospital Clínicas de Porto Alegre*, 30 (2), p.153-160.
- Sarafana, S., Abecassis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), p.9-14.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), p.29-41.
- Serafim, D., & Lindsey, P. C. (2002). O aleitamento materno na perspectiva do pai. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 1(1), p.19-23.
- Shimizu, H. E., & Lima, M. G. (2009). As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 62 (3), p.387-392.
- Smith, J. P., & Harvey, P. J. (2010). Chronic disease and infant nutrition: is it significant to public health? *Public Health Nutrition*, 14, p.279-289.
- Toma, T. S., & Rea, M. F. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2), p. 235-246.
- União Europeia (2001). EURODIET: Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe [em linha]. *European Comission Web Site*. Disponível em http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf. Acedido em 10 Novembro de 2011.
- União Europeia. (2008). Protecção, Promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção. [em linha] *International Board of Lactation Consultant Examiners Web Site*. Disponível em <http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Portuguese.pdf>. Acedido em 20 de Abril de 2010.
- UNICEF (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. [em linha]. *UNICEF Web Site*. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2011.

- UNICEF (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [em linha]. *United Nations Web Site*. Disponível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. Acedido a 8 de Dezembro de 2011.
- UNICEF (1990). Innocenti Declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding. [em linha] *UNICEF Web Site*. Disponível em <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>. Acedido a 13 de Dezembro de 2011.
- UNICEF(2012). Statistics by area / Child Nutrition Monitoring the situation of children and women 2005 e 2010. [em linha] *UNICEF Web Site*. Disponível em http://www.childinfo.org/breastfeeding_progress.html. Acedido a 4 de Janeiro de 2012.
- UNICEF. (2005). *1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: Past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding*. Florence: UNICEF.
- United States Breastfeeding Committe (2002). Economical benefits of breastfeeding. [em linha]. *USBC / Publications Web Site*. Disponível em http://www.usbreastfeeding.org/LinkClick.aspx?link=Publications%2fEconomic-Benefits-2002_USBC.pdf &tabid=70&mid=388 Acedido a 20 de Novembro de 2011.
- Van Odijk, J., et al (2003). Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966–2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy*, 58 (9), p. 833-843.
- Vari, P. M., Camburn, J., & Henly, S. J. (2000). Professionally mediated peer support and early breastfedding success. *The Journal of Perinatal Education*, 9 (1), p.22-30.
- Vieira, T. P. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: revisão das estratégias no pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*, 22 (2/3), p.57-68.

- Vinagre, R. D., Diniz, E. M., & Vaz, F. A. (2001). Leite Humano: um pouco de sua história. *Jornal Pediatria*, 23 (4) p.340-345.
- Vituri, S. C., & Brito, Â. S. (2003). Prevalência do aleitamento materno em crianças até o sexto mês de idade na cidade de Maringá, estado do Paraná, Brasil. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25 (2), p.141-146.
- Weimer, J. (2001). *The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis*. Washington DC: ERS Food Assistance and Nutrition Research Report.
- World Alliance for Breastfeeding Action. (2010). Ten Links for nurturing the future action tool - 3: Women's Empowerment. [em linha]. *World Alliance for Breastfeeding Action Web site*. Disponível em <http://www.waba.org.my/pdf/link3.pdf>. Acedido a 4 de Março de 2012.
- World Health Organization (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy: Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf. Acedido a 21 de Fevereiro de 2012.
- World Health Organization (2003b) Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acedido a 21 de Fevereiro de 2012.
- World Health Organization. (1998a). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2003a). Global strategy for infant and young child feeding. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf. Acedido a 4 de Janeiro de 2012.

World Health Organization. (1998b). *Health promotion glossary*. Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). Indicators for assessing infant and young child feeding practices II. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf. Acedido a 25 de Janeiro de 2012.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Acedido a 20 de Fevereiro de 2012.

World Health Organization (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf>. Acedido a 12 de Fevereiro de 2012.

World Health Organization (2000). The Fifth Global Conference on Health Promotion: Health Promotion: Bridging the Equity Gap. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_en.pdf. Acedido a 21 de Fevereiro de 2012.

World Health Organization (2001). The First Action Plan for Food and Nutrition Policy 2000-2005. [em linha]. *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/120244/E72199.pdf. Acedido a 2 de Dezembro de 2011.

World Health Organization (1981). World Health Assembly 34.22 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. [em linha] *World Health Organization Web Site*. Disponível em http://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22_ycn_en.pdf. Acedido a 10 de Dezembro de 2011).

World Health Organization / UNICEF. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization / UNICEF. (1993). *Breastfeeding counseling: a training course*. Geneva: World Health Organization.

Wrigley, E. A., & Hutchinson, S. A. (1990). Long-term breastfeeding: the secret bond. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35 (1), p.35-42.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA

**“O Sucesso na Prática do Aleitamento Materno:
Conceito das Mulheres que Amamentam”**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome _____ Idade _____

Estado Civil _____ Residência _____

Escolaridade _____ Paridade _____

Nº de Filhos _____ Data de nascimento do último filho _____

Duração da amamentação do último filho _____

- Apresentação do entrevistador à informante;
- Apresentação do estudo: tema e objectivos. Explicar a importância das entrevistas no contexto do estudo;
- Pedido de consentimento: informar sobre procedimentos éticos, solicitar autorização para gravação da entrevista em suporte magnético;

Entrevista nº _____

Data: _____

Início: _____

Fim: _____

A – Conhecer as representações que as mulheres que amamentam têm acerca do sucesso do aleitamento materno.

1 – Descreva-me a sua experiência de amamentação.

2 – Em que medida considera a sua experiência de amamentação uma experiência de sucesso? Porquê?

3 – Qual a sua ideia (representação) de uma experiência de amamentação de sucesso? / O que significa para si uma prática de amamentação de sucesso /bem sucedida?

B – Identificar os factores que contribuem para o sucesso do aleitamento materno, na perspectiva das mulheres que amamentam.

1 – Quais os factores que considera que contribuíram para que a sua prática de amamentação tivesse sucesso? Porquê?

2 – Em que medida os factores que referiu influenciaram a sua prática de amamentação

C – Identificar as estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do aleitamento materno.

1 – Que estratégias adoptou para levar a cabo o seu projecto de amamentar com sucesso? Porquê?

**ANEXO 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE
DADOS**

Sara Rafaela S.M. Rufo
Enfermeira Unidade de Saúde Pública do Alto-Minho
Rua de Caminha, 124
4900-468 Viana do Castelo
Tel: 258807240 Fax: 258807342 Tlm: 968270364
E-mail: sarititaz@hotmail.com

Viana do Castelo, 21 de Outubro de 2010

Exma. Sra. Enf.^a Directora da ULSAM-EPE

Sou enfermeira licenciada, em exercício de funções na Unidade de Saúde Pública desta instituição. Neste momento, estou a realizar um trabalho de investigação, inserido na preparação da dissertação de mestrado em Promoção e Educação para a Saúde, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde), sob a orientação do Professor Luís Graça.

A pertinência da realização deste estudo prende-se com a necessidade da compreensão do conceito de sucesso na prática do aleitamento materno, na perspectiva das mulheres que amamentam. Esta temática encontra-se actualmente pouco explorada na literatura e, no que se refere à realidade portuguesa, é inexistente.

Ciente deste facto, o estudo encontra-se orientado para a investigação do conceito das mulheres que amamentam acerca de “sucesso de aleitamento materno”, com o intuito de **perceber os factores que influenciam práticas de aleitamento materno prolongadas e dessa forma elencar recomendações para o apoio ao aleitamento materno**. Poderá este trabalho ter um valor prático para a comunidade e para a melhoria dos serviços prestados no âmbito da promoção, suporte e apoio ao aleitamento materno.

A recolha de dados, a decorrer até ao Março de 2011, será realizada pela investigadora e implicará a realização de entrevistas semi-dirigidas, sem prejuízo para o normal decurso das actividades das unidades de saúde nas quais ocorram. O perfil das informantes consiste em mulheres - mães - que estejam a amamentar os seus filhos há um mínimo de seis meses, referenciadas pelas unidades de cuidados de saúde primários da ULSAM-EPE localizadas na linha do Vale do Minho, de participação voluntária.

Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo salvaguardadas as questões éticas.

Neste sentido, solicito a V^a Ex.^a se digne autorizar a realização da referida recolha de informação.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por V^a Ex.^a, apresento os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sara Rufo', written in a cursive style.

Sara Rufo

**ANEXO 3 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM-
EPE**



COMISSÃO de ÉTICA

Carregado
Mário do Carmo
Mário do Carmo

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C. A. o pedido de parecer, de um trabalho de investigação, sendo a investigadora, **Sara Rafaela Silva Martins Rato**, Enfermeira na Unidade de Saúde Pública desta instituição, a frequentar o Mestrado em Educação, especialização em Promoção e Educação para a Saúde, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação a cujo tema é: **"Sucesso de aleitamento materno"**, com o intuito de perceber os fatores que influenciam práticas de aleitamento materno prolongadas e dessa forma elencar recomendações para o apoio aleitamento materno. Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reuniu-se em 23 de Março de 2011.

O Presidente da C. E.

(Dr. Pedro Moreira)

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser efectuado um estudo sobre o conceito de sucesso de aleitamento materno, na perspectiva das mulheres que amamentam.

Solicita-se a sua participação no estudo “Conceito de Sucesso de Aleitamento Materno, na perspectiva das Mulheres que Amamentam”. Os seus objectivos são:

- Conhecer as representações que as mulheres que amamentam têm acerca do sucesso do Aleitamento Materno;
- Identificar os factores que contribuem para o sucesso do Aleitamento Materno, na perspectiva das mulheres que amamentam;
- Identificar as estratégias que as mulheres que amamentam adoptam para o sucesso do Aleitamento Materno.

Gostaria de saber se aceita colaborar neste estudo, respondendo a algumas questões. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta, sendo apenas importante que responda com sinceridade às questões colocadas. A sua participação é muito importante, para saber o que sente e pensa acerca do aleitamento materno e do seu sucesso. Mediante a sua autorização, será gravada a entrevista em suporte magnético, com o intuito único de facilitar a sua transcrição e posterior análise. Após essa análise, os referidos suportes magnéticos serão destruídos da forma mais conveniente. As suas informações são estritamente confidenciais, apenas utilizadas neste estudo, sendo que também nos resultados finais será garantido o seu anonimato.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer.

☐ *Autorizo*

☐ *Não Autorizo*

A gravação da entrevista em suporte magnético.

Data/...../.....

Assinatura do Investigador

Data/...../.....

Assinatura do participante

ANEXO 5 – MATRIZ DE DADOS OBTIDOS

ÁREA TEMÁTICA: “Representações de Sucesso de Aleitamento Materno na perspectiva das Mulheres que Amamentam”

Categorias	Subcategorias	Enunciados
Experiência inerente ao Processo de Transição para a Maternidade	<p><u>Projecto subjacente à maternidade</u></p> <p><i>A informante inclui no seu projecto de maternidade a prática do aleitamento materno, idealizando-o como uma experiência de sucesso. Os enunciados referem-se a todos os sentimentos, emoções e expectativas criadas na gravidez, relativamente à vivência da experiência do aleitamento materno, integrada no processo de transição para a maternidade.</i></p>	<p>- “Também queria ter essa experiência. Ouvia mulheres que dizia” <i>ai eu não quero porque estraga os peitos</i>” ou não-sei-o-quê, ou “<i>ai, é muito bom</i>”, e eu queria saber, para ver o que realmente era” (E1)</p> <p>- “[A expectativa inicial] Era muito boa, nada do que foi, pensava que ia correr tudo muito bem, com muito sucesso... Sonhava que ela ia começar a mamar muito bem logo desde o primeiro dia, que ela ia ter mamilos para ela mamar (...) [Referindo-se à amamentação] Foi uma coisa que sempre idealizei (...) [Decidiu que iria amamentar] Durante a gravidez, ainda... Sempre foi, era o mais natural para mim amamentar, nunca pensei noutros métodos, era o natural para mim... porque vi na minha família isso sempre.” (E2)</p> <p>- “Oh, eu acho que não tomei decisão nenhuma, assim que soube que estava grávida e me mentalizei disso, porque não estava nada à espera nesta idade, foi natural pensar em dar de mamar (...) nunca pensei em comprar biberão, nem... sempre achei que era normal dar de mamar e nunca me ocorreu... Nem para a maternidade levei chupeta, nem bomba, nem fez falta.” (E3)</p> <p>- “[Decidiu que iria amamentar] Ai desde o início. Quando fiquei grávida, soube logo. (...) Foi uma decisão natural.” (E4)</p> <p>- “Bem, eu queria muito amamentar. Eu fiz as aulas de preparação com a Enf.^a C.R. aqui, em C. e, ah... sempre achei muito importante amamentar o máximo que pudesse. (...) Nunca pensei não amamentar. Só não amamentaria mesmo se não pudesse. Se o leite não chegasse... aqueles mitos... ou aquelas realidades que muitas passam, só nessas condições é que não amamentaria. Foi uma decisão natural, implícita ao estar grávida.” (E5)</p> <p>- “[Decidiu que iria amamentar] Foi na altura em que eu soube que tinha possibilidades de amamentar. (...) Bem, começou com as aulas de preparação para o parto, foi a altura em que estive mais ligada a isso (...)” (E6)</p> <p>- “[Decidiu que iria amamentar] Nunca pus em causa, foi natural desde que estava grávida... foi natural. E sempre tive essa ideia. (...) Porque me sinto muito bem a amamentar... e pronto, sempre sonhei ser mãe e para isso dar de mamar também fazia parte. (...) Porque trabalhei isso na minha cabeça durante toda a gravidez e assim não fui surpreendida por aqueles pequenos obstáculos...” (E7)</p>

	<p><u>Aprendizagem Formal</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se à aprendizagem inicial que começa com o nascimento do bebé e que inclui a o desempenho da mãe perante a vivência da realidade do aleitamento materno, face às dificuldades sentidas. Fundamenta-se na resposta que a informante dá às expectativas de outros elementos externos a si, nomeadamente nas recomendações técnicas..</i></p>	<p>- “É assim, nos primeiros dias achei assim uma coisa um bocado estranha. Ela também não agarrava... agarrava o peito mas nos primeiros dias foi complicado. Depois agarrava bem. (...) só tive o peito mais duro depois de ter a L., mas as enfermeiras ensinaram como não fazer e para não encaroçar, cinco estrelas.” (E1)</p> <p>- “Ensiná-la foi insistir com ela, estar para aí duas horas com ela ao peito, se preciso com ela a barregar, a chorar, obrigá-la a aprender a mamar e ela sem mamar... Então só mesmo no limite é que recorria a tirar leite e dar pelo copo ou pelo biberão. Insisti sempre muito. (...) o facto de eu insistir e de teimar todos os dias e de três em três horas em dar de mamar, de estar ali com a N. uma, duas horas ali no peito, para forçá-la, obrigá-la a aprender a mamar, ensiná-la a mamar.” (E2)</p> <p>- “Tem corrido bem... quer dizer, correu bem, não. Eu ganhei uma mastite, e nessa fase eu vi-me e desejei-me, (...) Só quando estive em casa e os peitos começaram a inchar é que tive que por a bomba. Mas foi aquela fase, e depois passou (...)” (E3)</p> <p>- “Correu sempre tudo bem, nunca tive dificuldades, nem me gretou o peito, nada, nunca tive problemas nenhuns. Foi natural e foi acontecendo até hoje (...) um dia depois do outro.” (E4)</p> <p>- “Bem, houve dois momentos que foram mais difíceis. (...) Um foi na subida do leite (...) ela não estava a mamar, hum... mamava, mas não estava a engolir, não estava a puxar como devia. Pronto, depois nesse dia foi a subida do leite e foi uma... (risos) um processo diabólico... Ora bem, eu estava preparada para isso (...) Mas aguentei até ao dia seguinte, em que vi cá então (...) e consegui resolver a situação. Houve outro momento difícil (...) em que durante uma noite pareceu-me que ela ainda estava com fome, mesmo depois de amamentar, e achei que já não tinha leite, as lágrimas corriam-me pela cara... e outra vez no dia seguinte, a Enf.^a C. foi espectacular.” (E5)</p> <p>- “Não agarrou logo, logo o peito, mamou bem mesmo neste (indica), neste não agarrou tão bem, teve que por o bico de silicone. (...) Para além do mais, no primeiro mês senti algumas dúvidas com a minha produção de leite e nessa fase então, depois de ele mamar ainda estava mais uma hora com a bomba a retirar o resto para lhe poder dar, para reforçar pois ele não extraía bem o leite.” (E6)</p> <p>- “No princípio tive algumas dificuldades, mas como fui bem treinada das aulas e tive um bom apoio na maternidade, actuei logo de raiz (...). Desde o início imaginei que pudesse ter problemas, mas sempre os consegui ultrapassar sem grandes dificuldades, foram situações ocasionais e passageiras (...) eu estando mais informada estava melhor preparada para as dificuldades, percebia melhor o que estava a acontecer, consegui ver quando tinham algum problema qual era a causa e assim sempre dava para o corrigir, não é?” (E7)</p>
--	--	--

	<p><u>Aprendizagem Informal</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se à aprendizagem que a informante diz ter desenvolvido quando já se encontrava adaptada em pleno ao processo de amamentação; traduz a formação da sua experiência individual com base na sua vivência e características pessoais, onde se encontram integrados os dados obtidos da aprendizagem formal.</i></p>	<p>- “É assim, eu nunca tive que fazer nada (risos). É assim, eu nunca tinha amamentado ninguém, uma pessoa sente uma coisa diferente que é normal, não há palavras... só quando uma pessoa passa é que sabe o que é. Eu não tive que me esforçar. Aconteceu naturalmente, não é?” (E1)</p> <p>- “Ora bem, a minha experiência de amamentação foi uma experiência inicial muito chocante, muito má (...) Ao início foi muito difícil (...) e sempre a insistir para ela aprender a mamar. (...) Depois desse mês foi boa. Depois melhorou (...) mas demorou muito tempo a a ela aprender a mamar. (...) Ter que lhe ensinar a dar de mamar a aprendermos as duas uma com a outra. (...) Pelo facto dessa primeira fase de adaptação dela e minha e de ter de ensiná-la a mamar... antes achava que ela ia nascer ensinada, e depois que vi que não... (...) o facto de de eu ter conseguido ultrapassar aquela primeira fase má e conseguir estar actualmente a amamentar isso para mim foi muito importante porque consegui atingir e até ultrapassar os meus objectivos. Nunca pensei que tivesse obstáculos tão duros à minha frente... Mas consegui ultrapassá-los um por um.” (E2)</p> <p>- “Naquela fase inicial eu dei biberões e biberões fora, mas depois normalizei e comecei a congelar e dar-lhe outra vez, ainda tinha muito leite e voltei a dar-lhe (...) A partir dessa fase (inicial) passou tudo (...), tendo corrido sempre tudo muito bem. (...) Eu pensava, pois tenho o peito cheio, vou tirar para congelar e aproveitava e fazia isso, por isso quando fui trabalhar nos primeiros tempos ainda tive leite congelado para dar à menina...” (E3)</p> <p>- “Por exemplo, ela durante a noite eu percebo que já tenho menos leite, por exemplo se ela acordar à noite e mamar às quatro da manhã, ou às cinco (porque ela agora já dorme a maior parte da noite) e precisar do leite para voltar a adormecer, eu posso dar aí e por exemplo passadas quatro ou cinco horas ainda mantenho leite.” (E5)</p> <p>- “Continuei com esta estratégia (extracção do leite com bomba) mês e meio, dois meses, porque depois ele começou, eu vi que estava a ganhar peso suficiente, que já se agarrava bem à mama e cheguei à conclusão que ele já retirava o que necessitava, que estava em equilíbrio, regularizado.” (E6)</p> <p>- “(...) Misturo na papa, se bem que ela come pouca papa, mas com o meu leite ela come aquilo tudo... e foi assim que fui controlando.” (E7)</p>
		<p>-</p> <p>“[Referindo-se à sua experiência de amamentação] Boa. Gostei muito. (...) Foi prontos, uma coisa... aquilo não tem palavras. Há mulheres que diz que não gostam de amamentar, mas é uma coisa muito boa. (...) Sentia assim, pronto, um conforto, sentia assim uma tranquilidade, não conseguia sentir nada de mau. (...) Sentia-me bem enquanto mulher (...) nunca tinha</p>

	<p><u>O sucesso do Aleitamento Materno na consecução do papel materno e feminino.</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se à sensação de realização enquanto mulher e mãe por parte da informante. Manifesta satisfação e prazer no seu desempenho no aleitamento materno, canalizando toda a sua atenção para o supremo benefício da criança.</i></p>	<p>dado de mamar, e aí prontos, como era a minha primeira filha sentia algo de diferente também. (...) Eu acho que amamentar é muito bom para eles, não é? É melhor que o leite farmácia. (...) o que me importava era dar de mamar.” (E1)</p> <p>“ E sentirmo-nos bem as duas, mas que ela [referindo-se à criança] se sente bem enquanto mama e que muitas vezes até procura e que eu tenho necessidade de lhe dar mama. (...) [Referindo-se aos sentimentos experienciados face às dificuldades iniciais] Ui (risos) frustração, nervos... senti de tudo... queria desistir, queria... pensei várias vezes em desistir de dar de mamar, optar pelo leite artificial, pelo biberão, não me chatear mais porque foi muito desgastante... Houve alturas em que me apetecia atirá-la [referindo-se à criança] contra a parede, deixá-la, sair de casa e fugir, atirava-a para os braços do F. e vinha para a sala chorar e passados cinco minutos nem isso voltava e pedia-lhe que ma desse para eu voltar a tentar de novo. Aconteceu-me isso várias vezes. (...) Estávamos as duas a beneficiar desse acto. (...) porque ao estar a amamentar liga-me muito mais a mim e a ela, porque sou eu que a estou a alimentar com o meu corpo, daquilo que eu como, ou seja, penso não nela mas também em mim, em tudo o que faço, porque ela depende disso.” (E2)</p> <p>- “Bem, neste momento ela [referindo-se à criança] deve estar em casa ansiosa pela guloseima (...) quando chego a casa ela começa logo assim a mexer na roupa, à procura da mama (risos). (...) É bom dar de mamar porque para eles é bom e nós mães também gostamos. E gostamos porque é um descanso, é uma tranquilidade. Mas porque gostamos, porque eu ouço senhoras a dizerem que dar mama é uma chatice, pôr a mama de fora sempre que eles quer é chato, mas eu não me importo. (...) [Referindo-se aos sentimentos experienciados durante a amamentação] Sentia-me bem, tranquila... (...) Se fosse agora o início, tendo a mesma oportunidade e o mesmo leite, voltava a dar de mamar como dei. Voltava a fazer tudo igual e se pudesse dar-lhe de manhã e ao meio-dia e à noite, também dava. (...) Se eu não a amamentasse era claro que ela [referindo-se à criança] ficaria mais pesarosa... não sei como hei-de dizer, acho que ela ficava mais pobre, não é, mais fraca... mais frágil, é isso. (...) É bom saber que ela está a crescer com o meu leite. (...) [Referindo-se a um termo sinónimo de sucesso na amamentação] De... de... felicidade, de, não sei uma palavra única que hei-de arranjar... de felicidade para o bebé e a mãe (...) de estarmos bem as duas, felizes. Eu por saber que consigo alimentar a minha filha e ela por estar a receber o meu leite. (...) Mas a mais pequena gosta, porque o leite sabe à mãe, não é? (...) Porque me sinto bem... e porque gosto tanto da bebé que quero o melhor para ela. (...) vinha cá e todos diziam “ai que grande... ela está acima do perfil..., que crescida, que moça!” (...) e eu ficava toda inchada por</p>
--	--	---

		<p>saber que era só com o meu leite.” (E3)</p> <p>- “ [Referindo-se à sua experiência na amamentação] Boa! Quer dizer... para ela é boa, para mim... é que dá para alargar, não é? De resto... olhe, também tenho queda de cabelo... (...) é uma coisa boa (...) Boa, prontos, é uma coisa que não tem explicação... (risos) Prontos, é boa! (...) Sei lá, é uma coisa boa, ver ali o nosso bebê a chupar o nosso peito e a fazer-lhe bem (...) [referindo-se ao sucesso da amamentação] Bem, eu sinto-me bem (...). A miúda não está assim muito gorda não é, mas prontos, está perfeitinha... está bem! E isso é que me interessa. (...) é um momento nosso (...) Quando estamos sozinhas ela está a olhar para mim, gosta de estar sossegada, com a mãozinha a bater no meu peito, ou a fazer cócegas de lado... é um momento só nosso. (...) [Referindo-se à sua opinião relativa aos efeitos físicos da amamentação] Bem... para mim, é o que eu digo, não tem sido bom... (risos) [não tem sido bom para si?] (risos) Tem, tem... emagreci no princípio, quando a tive, mas agora estou a alargar, deve ser também da alimentação (risos), estão-me sempre a atacar (de comida) ... (risos), eu até já disse na brincadeira que ia deixar de amamentar a B. (risos), mas eu não deixo... (...) porque enquanto eu tiver leite e ela mamar, há-de mamar. Não faço nada para evitar isso, nem dieta, pois isso ia-lhe fazer mal (...). É complicado... É pôr os interesses dela sempre em frente aos nossos. Não vê, eu estou a alargar e no entanto continuo porque é o melhor para ela... mas não faz mal, depois vai tudo ao sítio” (E4)</p> <p>- “Porque eu sabia que era o melhor para ela (...). Dar de mamar é uma coisa só nossa, mais ninguém pode fazer isso...</p> <p>- “ [Referindo-se a um termo sinónimo de sucesso na amamentação] Felicidade... Saúde... acima de tudo, isso. (...) Porque até aí, sabe que ele nasceu um mês antes, tinha medo que ele não estivesse a crescer como devia, e por isso andava sempre stressada, ansiosa. Mas agora anda bem (...) já dá atenção a outras coisas (...) até aos seis meses a mama foi religioso. (...) Ele é um príncipe, foi planeado, veio na altura em que foi programado, nasceu perfeito, está a crescer bem, então sou uma mãe de sucesso! (...) [referindo a sua experiência de amamentação como de sucesso] Sim, porque para ele foi o melhor que poderia ter (...). Isto de amamentar é uma coisa só nossa, ninguém pode fazê-lo por nós, faz-nos sentir ainda mais mãe. (...) [Referindo-se a um termo sinónimo de sucesso na amamentação] É sinónimo de satisfação, não é? Para mim é uma satisfação continuar a mantê-lo ligado a mim de alguma maneira... Para além de fazer aquelas coisas que qualquer um pode fazer como mudá-lo, vesti-lo... pode dar banho... são coisas que todos podem fazer, agora a mama, o peito, é uma coisa que só eu lhe posso dar, mais ninguém. (...) [Referindo-se à amamentação] e tenho lutado muito por isso. (...) Eu</p>
--	--	--

		<p>ainda não consegui dormir mais de seis horas seguidas desde que ele nasceu, de noite ou de dia (risos) é uma das desvantagens do aleitamento materno (risos). (...) Porque no primeiro mês, ele é que conta, não somos nós... Não vai ser por um primeiro mês cheio de sacrifícios que vamos desistir, não é?” (E6)</p> <p>- “[Referindo-se à experiência da amamentação] Bem... eu gosto muito... Para ser sincera, até quantas vezes dou menos de mamar fico com mais pena... porque tem sido fantástico... agora que já estou a introduzir os alimentos até me custa, sinto falta dos momentos todos em que a amamentei, porque pronto, é um momento só meu e dela... (...) uma pessoa olha para ela enquanto está a mamar e vê que ela está lá, cheia de saúde graças a nós e isso é uma ligação que não tem explicação (...) ela adora mamar... para ela é uma loucura! Porque está sempre pronta para isso. (...) [Referindo-se à experiência da amamentação] Hum... pois... Foi muito bom, não sei explicar, (risos) foi uma experiência muito positiva. Uma coisa muito boa mesmo, para ela e para mim (...), o meu momento com ela... que eu sei que apenas eu poderei fazer, é muito bom... (...) Imaginava que era uma coisa muito boa para ela, mas nunca pensei que a recompensa psicológica que nos dá fosse tão grande.” (E7)</p>
Vantagens do Aleitamento materno	<p><u><i>Desenvolvimento Global da Criança</i></u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante do aleitamento materno como a opção mais favorável ao desenvolvimento global da criança, usando palavras ou termos inespecíficos relativos às várias vertentes de desenvolvimento</i></p>	<p>- “Positivamente é assim, ela evoluiu muito bem (...)” (E1)</p> <p>- “(...) acho que ela sempre se desenvolveu bem (...)” (E3)</p> <p>- “Então? ... Porque é bom para a criança, é bom para a sua saúde, é bom para o desenvolvimento. (...) [referindo-se ao que considera importante para se poder dizer que se tem sucesso na amamentação] Olhe, que o bebé (...) tenha saúde. (...) Vejo a miúda a desenvolver. (...) Agora só lhe falta andar (risos) Há miúdos que na idade dela eu vejo que não estão tão desenvolvidos... (...) Pronto... O meu interesse é (...) tivesse desenvolvimentos muito bons.” (E4)</p> <p>- “ [Referindo-se a um termo sinónimo de sucesso na amamentação] É uma alegria, fico feliz porque a alimento com o meu leite e ela se desenvolve bem com ele, é isso.” (E5)</p> <p>- “(...) para ter sucesso (...) foi ele crescer bem e saudável.” (E6)</p>
	<p><u><i>Adequado Aporte Nutricional da Criança</i></u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante do aleitamento materno como a melhor opção alimentar da criança</i></p>	<p>- “E tanto é que o meu, o meu pediatra, o pediatra dela, dizia que o meu leite alimentava muito bem (...)” (E1)</p> <p>- “ (...) para lhe dar uma boa alimentação e o mais saudável possível(...) o importante é que ela se estivesse realmente a alimentar” (E2)</p> <p>- “Então? Mamar bem é (...) alimentar-se. (...) [Referindo-se ao que considera importante para se poder dizer que se tem sucesso na amamentação] Olhe, que o bebé (...) se alimente (...)” (E4)</p> <p>- “(...) quer um quer o outro [referindo-se à mãe e ao</p>

		<p>pai), queríamos vê-la a alimentar-se...” (E5)</p> <p>- “(...) ela a olhar para nós... e a alimentar-se com o meu leite (...)” (E7)</p>
	<p><u>Protecção Imunológica da Criança</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante do aleitamento materno como vantajoso no reforço imunológico da criança, refere-se às mesmas genericamente, como uma forma de prevenir doenças na criança</i></p>	<p>- “As defesas dela, não é? A minha filha nunca teve doente. (...) não tinha doenças... não é? (...) E agora, nunca ficou doente, mas ela é rija.” (E1)</p> <p>- “ (...) Ficou mais resistente, tanto mais que ela só constipou um dia. Esteve sempre saudável.” (E3)</p> <p>- “(...) E também porque ela nunca esteve doente... (...) nunca teve uma gripe. (...) e depois a B. também nunca esteve doente (...) Nunca tive que correr com ela para o médico para além das consultas (risos).” (E4)</p> <p>- “ (...) porque mesmo em termos de saúde, hum... para prevenir algumas doenças e infecções, que era o melhor.” (E5)</p>
	<p><u>Desenvolvimento Estado-Ponderal da criança</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante do aleitamento materno como benéfico para o crescimento estado-ponderal da criança, utilizando muitas vezes os percentis, nomeadamente do peso e altura, como padrão para comparação.</i></p>	<p>- “(...) Está a crescer dentro das linhas dos percentis (...) e ela está a crescer bem (...)” (E2)</p> <p>- “Ora... correu bem porque ela crescia, desenvolvia-se bem. (...) crescia acima dos perfis... (...) sempre cresceu bem. (...) por causa do desenvolvimento físico. (...) Fico feliz por ver a bebé a crescer, para mim era o que precisava para continuar. (...) para mim ter sucesso foi ela crescer sempre bem. (...) davam-lhe sempre mais idade do que aquela que ela tinha (...)” (E3)</p> <p>- “[Referindo-se a que é importante para se poder dizer que se tem sucesso na amamentação] Olhe, que o bebé cresça e se desenvolva, é isso. (...) que o peso está a aumentar (...) que está a crescer assim, bem! (...) É bom para a miúda, para o crescimento dela. (...) porque para mim o sucesso de amamentar está em vê-la crescer... enquanto ela crescer há sucesso. (...) Pois não é, não, porque eu vejo outros meninos, por exemplo um sobrinho meu mais novo que a B. um mês, que toma essas farinhas e tem umas bochechas enormes... A B. não está gorda, nem nunca teve aquelas bochechas assim...” (E4)</p> <p>- “Porque ele teve, graças a isso [referindo-se à amamentação], uma linha de crescimento muito linear... e estava com medo, quando ele começou com a papa que engordasse muito, o que não aconteceu porque mantive na mesma o leite materno, e eu achei que para ele foi o melhor, porque ele nasceu muito pequenino (...)” (E6)</p>
		<p>- “Porque mesmo os laços que estabeleci com a minha filha (...)” (E2)</p> <p>- “[Referindo-se à amamentação] (...) Aproxima-nos mais.” (E5)</p> <p>- “E isso é muito bom, sentir que estamos as duas ali... significa que existe uma harmonia muito</p>

	<p><u>Vinculação da Díade</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante do aleitamento materno como um veículo de aproximação entre ela e a criança, de reforço dos laços da relação mãe/filho..</i></p>	<p>grande... então agora que só a amamentação de manhã e à noite, é uma coisa muito boa... (...) E depois aquele momento único, aquela coisa, aquela ligação. (...) As outras coisas podem ser feitas pelo pai, podem ser feitas pela avó, mas aquele momento é só meu e dela, só eu o posso fazer. Ela a olhar para mim, mesmo quando recém-nascida... esses primeiros contactos... para mim... a conhecer-me todos os dias, a reconhecer-me... e esses contactos são muito bons. (...) a nossa ligação é muito mais forte... hum... é mais forte porque começamos a conhecer pequenos sinais que de outra forma se calhar não conheceria tão bem... Pela forma como ela mama sei se tem sono, se quer brincar, se está irritada, se está calma... é tão giro isso.” (E7)</p>
	<p><u>Vantagens para a Mãe</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante das vantagens do aleitamento materno para si própria, nomeadamente na dimensão física</i></p>	<p>- “(...) aquelas dores na barriga... e eu sei que era bom sinal (...)” (E6)</p> <p>- “Para mim, então, logo no primeiro mês perdi 10 Kg, sem fazer nada, só por amamentar, sei que isso ajudou muito... As dores de barriga, o meu útero a ir ao sítio, eu via que era dar de mamar que estava a ajudar. (...) Temos de encaixar bem isso e todas as vantagens (...) Mas acima de tudo o factor saúde, temos de ter sempre presente que acima de tudo, é bom para eles e para nós.” (E7)</p>
	<p><u>Vantagens Económicas</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante da gratuitidade associada ao aleitamento materno e regozija-se com isso.</i></p>	<p>- “(...) porque o leite da mãe é mais barato, não é? É de graça! (...) O outro não, tem que se andar aí a pagar e se calhar nem é a mesma coisa...” (E4)</p> <p>- “(...) O leite é de graça, o factor económico conta muito, ainda mais nesta fase (...)” (E7)</p>
	<p><u>Vantagens Práticas</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento pela informante da vertente prática do aleitamento materno, em detrimento da logística associada ao aleitamento artificial.</i></p>	<p>- “(...) o quanto é importante o leite materno, o descanso que ele nos dá, até durante a noite, está sempre pronto, não é preciso andar a fazer biberões... e ela a chorar de fome... Só pela tranquilidade é tão bom... é assim, se formos para fora é mais fácil dar biberão, mas por outro lado é muito prático, está sempre disponível, não há que errar, na dose certa e sempre quentinho. Fui de férias e levei tudo preparadinho, mas se por ventura me esquecesse de alguma coisa sabia que leite tinha sempre preparado para lhe dar (...)” (E3)</p> <p>- “[Referindo-se ao leite materno] (...) Sai quentinho, está sempre pronto(...)” (E4)</p>

<p>Duração do aleitamento materno</p>	<p><u>Aleitamento Materno Exclusivo até aos seis meses de vida da criança</u></p> <p><i>Os enunciados referem-se ao reconhecimento do sucesso pela informante através da prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, maioritariamente no seguimento das orientações dos técnicos de saúde</i></p>	<p>- “ [Referindo se considera que o aleitamento materno ter sido uma experiência prolongada no tempo foi importante para achar a sua experiência bem-sucedida] Sim, claro. (...) tanto é que só dei leite do meu até aos seis meses. (...) Consegui até aos seis meses só peito, já foi uma coisa boa.” (E1)</p> <p>- “ (...) e amamenteei-a exclusivamente com o meu leite até aos seis meses, (...) [Referindo-se à exclusividade do aleitamento materno] até aos seis meses, enquanto tive em casa e foi muito bom, não foi?” (E3)</p> <p>- “ [Referindo-se à exclusividade do aleitamento materno] até aos seis meses, só, só com o meu leite” (E4)</p> <p>- “ E aos poucos, aos poucos chegámos aos seis meses. (...) E ter conseguido amamentar até aos seis meses para mim, foi ter sucesso” (E5)</p> <p>- “ (...) Se não tivesse o apoio que tive, também não teria sido possível amamentar até aos seis meses. “ (E6)</p> <p>- “ (...) Para mim foi muito importante atingir os seis meses porque sabia que isso era o melhor, de certa forma, sabe... sabia que era difícil e por isso quase que foi um prémio para as duas termos conseguido.” (E7)</p>
	<p><u>Aleitamento Materno complementar com a restante alimentação após os seis meses de vida da criança</u></p>	<p>- “ (...) Estou a dizer “tinha” [referindo-se ao estabelecimento prévio de uma meta para a amamentação], porque agora é até quando ela quiser e eu tiver leite. (...) Amamentar até aos seis meses foi acontecendo, porque era uma informação que desconhecia. Como tenho leite e tem-se proporcionado, é bom, e ela está a crescer bem, dei até aos seis meses só com o meu leite e continuo passado um mês e quero continuar” (E2)</p> <p>- “ (...) e diz que era bom que fosse só do meu até aos seis meses e eu estava em casa e assim pronto, foi passando e até hoje ainda dou e enquanto ela quiser.” (E3)</p>

<p align="center">ÁREA TEMÁTICA: “Factores que contribuem para o Sucesso do Aleitamento Materno na perspectiva das Mulheres que Amamentam”</p>		
Categorias	Subcategorias	Enunciados
<p align="center">Factores relacionados com a mãe, com a criança e com a família</p>	<p align="center"><u>Experiência prévia em aleitamento materno por parte da mãe</u></p>	<p>- “(...) já as outras filhas também amamentei, dei talvez menos tempo de amamentar, também, porque a licença de maternidade também era reduzida, nem tinha horário para dar de mamar. (...) Já das outras dei e por isso foi natural. (...) A experiência que se vai tendo também ajuda, já foi a terceira. (...)a experiência também conta (...)” (E3)</p> <p>- “ Já do mais velho amamentei até aos dez meses. (...) O P. mamou até aos dez meses, deixei porque me mordida... a B. vamos ver, tem dois dentes e já está nos nove meses, mas até agora...” (E4)</p>
	<p align="center"><u>Características das mamas e relacionadas com a produção de leite</u></p> <p align="center"><i>Os enunciados referem-se à valorização pela informante das propriedades do seu leite, nomeadamente ao nível da sua quantidade e qualidade como condição importante para o sucesso da sua experiência de aleitamento materno, bem como dos aspectos fisionómicos e funcionais da mama.</i></p>	<p>- “ Como o leite, prontos, lá estava, como era tão bom, ela evoluía muito bem. (...) Agora, se ela não estivesse a crescer tão bem, já pensava duas vezes... será o leite?” (E1)</p> <p>- “Porque a N. não mamava, eu não tinha mamilo para ela mamar. (...) nunca me passou pela cabeça que não tivesse mamilo para ela pegar (...) contando que tivesse leite, que o leite fosse bom. (...) eu estou a conseguir ter leite para ela, sem ter que lhe dar leite artificial para ela mamar, o que significa que o meu leite é bom. (...) o facto dela mamar significa que eu tenho leite bom para lhe dar (...)” (E2)</p> <p>- “ (...) mas sempre tive muito leite, Jesus. (...) Ora, correu bem porque (...) eu ainda tinha leite. (...) para mim ter sucesso foi (...) eu ter muito leite para alimentá-la.” (E3)</p> <p>- “Bem, se eu não tivesse (leite), também não podia, mas como tinha e tenho leite, foi acontecendo. (...) Mas isso se calhar, às vezes, mesmo que eu quisesse, até podia nem ter, porque por exemplo a minha irmã teve a mesma alimentação, teve os mesmos “zuns-zuns” que eu e o leite não chegou, secou. O leite dela... era água, o meu não... Mas não sei, sei lá... depende dos corpos, não é? Isso depende dos corpos de cada um. Depende das pessoas. (...) Suspeitava que por ter quarenta [referindo-se à idade] o leite já ia ser fraco, ia ser pouco, mas não.” (E4)</p> <p>- “Ela fica satisfeita com o meu leite, não é? (...) Hum... e pronto é nisso que eu acho que tem corrido bem. (...) Era importante porque ela só dependia do meu leite, e por ser o leite da mãe, era o melhor para ela.” (E5)</p> <p>- “Sei lá, por causa do peito pequeno, porque se calhar também tinha um bico pequeno, mas afinal de contas ele mamou bem (...) e eu tinha receio disso, de não ter leite ou por outro impedimento da minha parte, ou outra coisa. (...) porque primeiro para mim, para ter sucesso eu precisava de ter leite. (...) Se eu não tivesse leite, nunca teria amamentado.” (E6)</p>

		<p>- “(...) porque olhe que se me viessem com aquelas coisas do meu leite não prestar (...), era mais difícil eu acreditar que estava tudo bem, não era? (...) Não há nada que os beneficie tanto como o leite da mãe.” (E7)</p>
	<p><u><i>Estabelecimento de pega eficaz</i></u></p> <p><i>Os enunciados referem-se à valorização pela informante do “mamar bem” como condição importante para o sucesso. Do “mamar bem” subentende-se dos seus discursos o estabelecimento de uma boa pega</i></p>	<p>- “Depois agarrava bem. [É questionada se a criança ter agarrado bem a mama foi importante para o sucesso] Sim.” (E1)</p> <p>- “A partir desse mês ela começou a melhorar, começou a fazer mamadas mais eficazes, sempre com o bico, porque ela... mesmo que eu tentasse que ela mamasse no meu bico sem o bico artificial, ela não conseguia, não mamava. (...) Está a ser [referindo-se à sua experiência como de sucesso] porque ela consegue mamar bem (...)” (E2)</p> <p>- “Então? Mamar bem é ela agarrar bem o peito (...) [Acerca do que acha importante para se dizer que se tem sucesso na amamentação] Olhe, que o bebé mame” (E4)</p> <p>- “ (...) só o larguei [referindo-se à utilização do bico de silicone] quando me começou na pegar bem no peito.” (E6)</p>
	<p><u><i>Conhecimentos, atitudes e confiança na capacidade para amamentar</i></u></p> <p><i>Os enunciados referem-se à importância da fixação de objectivo(s) pela informante, que facilitou o sucesso, objectivo esse baseado em condições centradas nela própria e no bebé</i></p> <p><i>Os enunciados referem-se a um conjunto de características individuais da informante que no seu ponto de vista representaram como factores que contribuíram para o sucesso do aleitamento materno p.ex. (ex: verificação de um adequado</i></p>	<p>- “Porque tinha esse objectivo de dar de mamar, (...) , tinha o objectivo de amamentar enquanto tivesse leite e ela crescesse com ele... (...) Sim, tinha um ano, ano e meio... Estou a dizer “tinha”, porque agora é até quando ela quiser e eu tiver leite.(...) Sempre me vi com possibilidades para isso, e tenho, por isso... sempre idealizei, sempre pensei nisso, porque era o mais natural e o mais saudável para a N. (...) o facto de eu ter conseguido ultrapassar aquela primeira fase má e conseguir estar actualmente estar a amamentar isso para mim foi muito importante porque consegui atingir e até ultrapassar os meus objectivos. (...) O facto de eu ter na minha cabeça o objectivo de amamentar, só esse facto para mim... e de eu não querer desistir e querer muito ultrapassá-lo... (...) O meu objectivo era amamentar um ano, ano e meio e agora, o máximo de tempo possível (...) - “[Referindo-se a outros factores que influenciaram a sua experiência de sucesso] Ah, a minha persistência, a minha teimosia (...) tive muita persistência, coragem e paciência nesse aspecto. (...) É preciso ter muita paciência (...) que é preciso ter muita paciência e perseverança (...) ” (E2)</p> <p>- “(...) E a minha vontade também(...) Eu até costumo dizer que se a minha quiser há-de mamar até ela ir para a escola... (risos)” (E3)</p> <p>- “(...) eu vejo por exemplo uma amiga minha que tem um bebé (...), ela deixou de dar de mamar porque começou a alargar, começou a alargar de peito, começou a alargar de anca e deixou. E dizia “Ai eu não estou para isso” e eu dizia “Ai, C. e tu vais deixar por causa disso” e ela “Ai eu vou deixar”, eu</p>

	<p><i>desenvolvimento stato-ponderal e protecção imunológica do bebé, auto-confiança e força de vontade, crenças em galactogogos e outros)</i></p>	<p>não, penso que se lixe, depois faço uma dieta rigorosa e vai tudo ao sítio (...) Porque enquanto eu tiver leite e ela mamar, há-de mamar” (E4)</p> <p>- “(...) Sempre o objectivo era os seis meses, estava muito ansiosa, com medo de não conseguir, mas era o que o meu marido dizia... todos os dias são importantes, não é? (...) Porque consegui aquilo que eu mais queria, que era amamentar exclusivamente até aos seis meses... Não é? (...) Era os seis meses, era (...) E portanto, eu ter conseguido isso foi tão bom... Ela fazia os seis meses no dia 22 e eu esperei religiosamente pelo dia 23 para iniciar a diversificação alimentar (risos), foi mesmo um marco, uma meta... E fiquei muito feliz por causa disso (...) A minha vontade, também... (...) Por exemplo, quando vi, desta última vez que ela estava com fome, era o pai a dar-lhe o leite congelado pelo copo e as lágrimas a caírem-me pela cara abaixo... com a pena e o receio de já não ter mais leite para lhe dar... (risos) E eu sei que isso acontece muitas vezes, mas eu queria tanto amamentar em exclusivo, com as minhas mamas, que teria sido muito triste para mim se não o tivesse feito... Foi uma questão de auto-determinação.” (E5)</p> <p>- “Sim, da minha vontade de amamentar... Eu, na altura em que fui ter o D. falaram-me logo da amamentação... a parteira no bocadinho antes de eu o ter falou-me se eu queria amamentar... tinha que saber para poder pôr o bebé ou não à mama assim que nascesse. E eu disse logo que sim, e tenho lutado muito por isso. (...) porque primeiro o meu objectivo foi ter leite, eu não conseguia saber isso antes dele nascer. Depois de eu ver se tinha, então o objectivo foi os seis meses. (...) Desde que até aos seis meses eu conseguisse dar do meu leite... (...) Eu queria que ele mamasse até aos seis anos...” (E6)</p> <p>- “É assim, comecei a definir mais quando comecei a frequentar as aulas de preparação para o parto com a Enf.^a C., e quando começámos a falar sobre o aleitamento materno... Inicialmente eu pensava que o melhor era só amamentar exclusivamente até aos quatro meses, mas a partir do momento em que ela nos disse que o ideal era os seis meses exclusivamente, passou a ser esse o meu objectivo, nunca pus isso em causa. “ (E7)</p>
		<p>- “Tinha o apoio de toda a gente, só tive uma amiga que disse <i>“ainda dás de mamar?”</i>, e eu <i>“dou”</i> e ela <i>“ai mas ela já é tão grande...”</i> (...) Teve um bocado (de impacto), mas prontos, foi mais para adiante, já ela tinha uns bons meses, mas mesmo assim não desisti. (...) Se a família dissesse <i>“ai não dês mais peito”</i>, eu também não dava... (...) Tive muita ajuda da minha sogra, ajuda da minha mãe (...) “ (E1)</p> <p>- “[Referindo-se ao apoio do pai da criança] Muito! Esteve presente sempre, em todas as fases da gravidez e da maternidade e naquela primeira fase</p>

	<p><u><i>Influência da rede informal</i></u></p> <p><i>A informante reconhece o apoio da rede informal como essencial na obtenção do sucesso do aleitamento materno. Constituintes da rede informal: pai/parceiro, família directa e indirecta e amigos, todos aqueles que lidam com a informante e pertencem à sua esfera social, sem ligação ao sistema de saúde)</i></p>	<p>esteve sempre comigo, ajudou-me muito, ficou-me com a N. várias vezes para eu descansar, dava-me muito apoio psicológico, dava-me muita força e coragem e sempre a tentar ajudar-me de todas as maneiras possíveis. (...) [Referindo-se ao apoio da família] Também ajudou-me a dar-me truques e dicas tipo sair do quarto e dar uma voltinha, tipo mudar de ambientes para ver se ela conseguia, ensinaram-me a tirar leite, porque eu não sabia tirar leite da mama à mão, hum... a dar-lhe o leite pelo copo, a insistir para ela pegar na mama bem. (...)E o apoio dos que me rodeavam, sem isso não teria aguentado as primeiras dificuldades, do F. principalmente... (...) [referindo-se ao apoio do pai da criança] ambos lutámos por manter sempre a amamentação, por ser o mais saudável.” (E2)</p> <p>- “O meu marido, o pai. E mesmo as irmãs... elas diziam “ai ela está a mamar, tão bom, também quero um bocadinho... (risos) (...) [Referindo-se ao apoio do pai da criança] (...) na maneira carinhosa... no dia-a-dia, no que surgia, sentava-se à minha beira, deitava o braço à minha volta a e apoiava-me e dava-me força, fica contente por eu dar do meu leite (...) é um pai aplicado. (...) [Referindo-se à influência das irmãs da criança] A mesma coisa, vinham para a minha beira ver a dar de mamar e a do meio até dizia que queria provar do meu leite... Até que um dia até deu uma chupadela e disse “já comi do leite da mãe, já não quero mais!” (risos)... Diz que é amargo... (risos) (...) Sim, as colegas de trabalho. Tive uma que já não foi mãe muito nova, foi com 39 e ela também deu de mamar até bastante tempo e ela também me dizia “Ai D. se tens leite, não lhe tires, dá-lhe de mamar, dá-lhe de mamar...”. (E3)</p> <p>- “(...) a minha mãe e a minha sogra sempre “Tens que comer, tens que comer, faz bem à menina... o leite da mãe é essencial...” (...) Porque olhe, a minha mãe e a minha sogra, todos os dias me dão bacalhau... e eu cheguei a um ponto... do P. não, mas da B., eu já deitava bacalhau pelos olhos! (risos) Resultou uma vez e era sempre bacalhau, bacalhau, bacalhau, “<i>come bacalhau minha filha</i>” (risos). (...) Olhe, o meu marido. Ele diz-me para não me preocupar, porque enquanto durar é bom, e que não faz mal que eu alargue, porque depois quando não der de mamar diz-me que eu vou para o ginásio. Incentiva muito (...) mas se calhar é talvez porque o leite da mãe é mais barato, não é?” (E4)</p> <p>- “ [Referindo-se aos contributos do pai] Dando-me força, preocupava-se sobretudo que ela se alimentasse, penso que mesmo se não fosse o da mãe... Sabia, por aquilo que eu lhe dizia, das aulas, das revistas e livros de pediatria de pais e bebés... o quão importante era ela receber o meu leite. E também percebia que era igualmente muito importante para mim, e por isso esteve sempre a apoiar. E agora ainda diz...”está tudo a correr tão bem, e ainda estás a amamentar, era isso que</p>
--	---	--

		<p>querias... e estás a conseguir, vês?” Incentiva muito.” (E5)</p> <p>- “(...) aliás, as tias do lado do meu marido - porque do meu lado ninguém amamentou , elas diziam sempre que eu era a primeira sobrinha, dessa geração, que seguia os passos delas e claro que isso também foi um orgulho (...) O pai também ajudou muito (...) e precisava que o pai me ficasse com ele nessa altura, e ele ficava, o que era uma grande ajuda, não é?” (E6)</p> <p>- “ É assim, o pai, por exemplo, foi também muito importante, sempre me incentivou e apoiou muito... sem dúvida que apoiou, ele sempre assumiu mais as tarefas da casa, porque sabia que eu tinha de estar disponível para dar de comer à menina... E isso também foi muito importante. (...) E o apoio da ... da... família também. Sempre me incentivaram muito, porque olhe que se me viessem com aquelas coisas do meu leite não prestar, ou da menina não estar a crescer, era mais difícil eu acreditar que estava tudo bem, não era?” (E7)</p>
	<u>Estilos de Vida</u>	<p>- “Bem, havia dias, agora mais para os seis meses que o leite não era daquela abundância do início e eu sabia, por exemplo que se não me tivesse alimentado bem ao almoço teria que me alimentar melhor ao jantar, para compensar (...)” (E3)</p> <p>- “(...) eu não como chocolate, não bebo café, nada disso. (...) Quando a B. nasceu, a parteira disse logo: “<i>acabaram-se os chocolates, os morangos, os cafés...</i>” e disse-me mais coisas... e acabou! Bem, os cafés é que custaram, porque eram seguidos, mas teve que ser. (...) É o que eu digo, uma boa alimentação, mais nada. Eu não faço mais nada. E não estou a tomar nada. Ter cuidado com a alimentação... a alimentação tem mesmo que ser boa. Ter cuidados com a boquinha... Nada de porquinhos... de enchidos... No outro dia (...) a minha sogra fez um cozidinho, e eu olhei e disse “<i>ai vou só tirar um bocadinho...</i>” tirei um bocadinho, e maldita a hora em que eu comi aquilo... a mim soube-me bem, mas a ela, passado um dia a miúda, andava irritada, já estava cheia de borbulhas no rabinho (...). Também deixei de comer fritos, não como, nem enchidos...” (E4)</p> <p>- “Ter cuidado com a alimentação, de acordo com o que fazia na gravidez, com a medicação... alguma coisa que se tome para as dores de cabeça... bem, é certo que uma mamã que amamenta não tem a liberdade das outras mães, tem que fazer muitos cuidados... com o que se come, o que se bebe... é isso.” (E5)</p> <p>- “(...)Também fui muito ríspida comigo... lá está, não comia morangos, não comia chocolate nem frutos secos, nem batatas fritas, aquelas “porcarias” que não comem todos os dias mas que sabem bem de vez em quando. Era tudo muito moderado.” (E6)</p>

	<u><i>Exemplos a seguir de experiências positivas no aleitamento materno</i></u>	- “ (...) a minha mãe amamentou-me, vi a minha mãe dar de mamar às minhas irmãs, as minhas irmãs amamentaram...” (E2)
Factores relacionados com o Sistema de Saúde	<u><i>Influência da rede formal de cuidados de saúde primários</i></u> <i>A informante reconhece a importância do apoio diferenciado dos CSP: médicos, enf.ºs e Enfª ESMO e grupos de apoio</i>	<p>- “ (...) e no centro de saúde também, do médico de família, da enfermeira... Apoiavam, disseram para dar de mamar, que era importante... ganhava defesas... que o nosso leite fazia com que os bebés não ficassem doentes (...).” (E1)</p> <p>- “A médica e a enfermeira do Centro de Saúde foram incansáveis, sempre a ajudar-me, acreditaram em mim no início, quando a N. depois de nascer nas primeiras semanas perdeu muito peso... Desde a gravidez, no nascimento e até à actualidade. A enfermeira sempre esteve muito presente, disponibilizou-se para vir a casa se fosse preciso, sempre, com o telefone sempre disponível... Encorajou-me a usar o bico, que não havia problemas. (...) as aulinhas antes do parto [referindo-se à Preparação Psicoprofiláctica para o Parto] ajudam muito, aprendem-se lá muitas coisas, apesar de não se aprender tudo, porque cada caso é um caso...” (E2)</p> <p>- “ (...) mas nessa altura [durante uma mastite] a médica disse que eu tinha muito leite (...) sempre insistiu para eu dar de mamar, dizia “<i>você nunca deixe de dar de mamar (...) continue a dar para estimular a produção da mama, estimule, estimule</i>”. (...) acho que pelo que os técnicos e os profissionais (de saúde) me diziam eu ia, também achava que estava bem, senão tirava logo nos primeiros meses de vida, não é? (...) Todos interferiram um bocadinho. Mas da parte dos profissionais foi excelente, porque na altura em que tive a mastite – porque aquilo é horrível – e nessa altura era capaz de ter deixado de dar de mamar, se não fossem os técnicos. Incentivaram... não deixe de dar de mamar, tire sempre, isso passa é uma fase...” (E3)</p> <p>- “[Referindo-se ao médico] disse-me sempre que era bom ela mamar até aos seis meses só com o meu leite, e eu nem sabia, porque quando vim aqui à consulta dos quatro meses já contava em começar a dar-lhe a sopa, e o Dr. Disse-me “<i>Não, não, não, vai continuar com o seu leite, que está muito bem!</i>” e eu fiquei até espantada, pronto, mas se é para continuar, é para continuar, de manhã, ao meio-dia, à noite, quando ela quiser.” (E4)</p> <p>- “O acompanhamento da enfermeira. Ela... eu chamo-lhe mesmo o anjo da guarda dela, da bebé. Foi impecável... Por muita vontade que eu tivesse... por muita vontade que o pai também tinha... (...) Sem a enfermeira não teríamos conseguido. (...) Porque... arranjava não... tranquilizava-me sempre e orientava-me sempre... Ela por exemplo da segunda vez, disse-me para oferecer as duas mamas... tirou-</p>

		<p>me sempre as dúvidas, as ansiedade... Foi espectacular.” (E5)</p> <p>- “Mas aqui a Enf.^a C. como dava aquelas aulas [Preparação Psicoprofiláctica para o Parto] e também aquele acompanhamento às quartas-feiras, eu não falhava uma!... (risos) às vezes até vinha cá fora da hora, houve uma altura em que ele teve sapinhos... e não mamava e eu achava que era alguma coisa só do meu leite, mas não, era só sapinhos... e prontos, acho que aqui o Centro de Saúde, neste aspecto, deu-me muito apoio.” (E6)</p> <p>- “As aulas de preparação para o parto. Sem dúvida... a Enf.^a C. falou muito aprofundadamente sobre vários assuntos da amamentação, não falamos uma vez disso e acabou... ela explicou tudo sobre o aleitamento materno... emoções, problemas, tudo, foi mesmo muito importante (...)” (E7)</p>
	<p><u>Rede formal de cuidados de saúde diferenciados</u></p> <p><i>A informante reconhece a importância da qualidade da assistência diferenciada no aleitamento materno, Diferencia o apoio do pediatra, equipa hospitalar: parteira, enfermeiras, médicos...</i></p>	<p>- “E o <i>pediatra</i> também diz que crescia muito, a menina. (...) [Referindo-se ao que poderia ter influenciado negativamente a sua experiência de amamentação] (...) se o pediatra também não incentivasse... (...) [Referindo-se ao apoio que recebeu no hospital] Sim, muito bom. (...) eu adorei, incentivaram sempre (...)” (E1)</p> <p>- “Hum... por exemplo os pediatras, não é? Têm sempre impacto o que dizem... se eles não incentivarem... (...) Sim, ele apoia muito... Não quer dizer que tenha influenciado muito, não é? Sempre deixou andar, enquanto deu, deixou andar... e dizia então, chegando aos seis meses começamos com a diversificação.</p>
<p>Factores relacionados com a cultura e as políticas sociais</p>	<p><u>Legislação de Protecção à maternidade e respectivo cumprimento</u></p>	<p>- “Só comecei a trabalhar este ano. Estava em casa quando a L. nasceu, assim continuei um ano e seis meses. E isso também interferiu. (...) Dei assim de mamar porque estava em casa.” (E1)</p> <p>- “Desta já foi diferente, fiquei os seis meses em casa. Da minha mais velha só lhe dava de mamar de manhã e à noite, ah! E ao meio-dia, fazia muito esforço e às vezes ia a casa e dava-lhe de mamar. Esta já foi mais beneficiada, estive mais tempo em casa, estive os seis meses em casa. (...) porque tenho horário reduzido, tenho condições para isso. (...) e esta coisa de ter horário reduzido é muito bom...” (E3)</p> <p>- “O facto de eu trabalhar só de manhã também ajudou a que eu conseguisse amamentar (...) mas se eu trabalhasse a tempo inteiro não conseguia, até aos seis meses, não é? (...) porque também mudei de emprego, porque no sítio onde estava a trabalhar teria sido impossível até para ter filhos, quanto mais amamentar...” (E6)</p>

	<p><u>Obstáculos e barreiras à amamentação em público</u></p>	<p>- “Mesmo quando tinha que dar de mamar em público, achava bonito, mas pensava <i>“oh, não... é para o bem da L.”</i> ” (E1)</p> <p>- “Bem, eu também não me sinto à vontade, lembro-me aqui no centro de saúde que a menina começou a chorar e eu dei-lhe de mamar e estava a sala cheia de gente e eu <i>“oh fogo, vou ter que por a mama de fora... carago como é que eu vou fazer?”</i> Olhe, fui para o corredor, para aquele corredor por onde passam os médicos e os enfermeiros e comecei a dar a mama, até que passou uma médica e disse para eu ir para a salinha da enfermeira... e eu fui. Pois também não me sinto assim à vontade de dar em qualquer lugar, não é, diante de toda a gente, mas também não tenho problemas nenhuns de o fazer quando é preciso.” (E3)</p>
--	---	--

ÁREA TEMÁTICA: “Estratégias que as Mulheres que Amamentam Adoptam para o Sucesso do Aleitamento Materno		
Categorias	Subcategorias	Enunciados
Estratégias Individuais	<p><u>Estratégias geradas pela Aprendizagem Informal</u></p> <p>Os enunciados referem-se às estratégias que as informantes apontam, decorrentes da sua experiência individual</p>	<p>- “(...) quando ela estava a mamar e se começava a distrair e largava a mama, pegava nela, saía do quarto e vinha até à sala para mudar de ambiente, e aí ela retomava muitas vezes, conseguíamos cumprir mais uma mamada! (...) Cantava, por exemplo, ou para ver se ela associava o cantar à mama, para a estimular, a acalmar... Fazia-lhe cócegas debaixo da boca para a incentivar a mamar...” (E2)</p> <p>- “(...) até porque aí nem eu nem ela gostamos de barulho, temos que estar uma para a outra, sozinhas. Se eu estiver num sítio com mais barulho, em casa da minha mãe ou da minha sogra, ela está sempre a olhar, não quer (...) Ela não gosta de confusões, mesmo agora com a sopa não há cá muitos alaridos, gosta de estar sossegada, não gosta de barulho, não... É para comer é para comer, não há cá brincadeiras...” (E4)</p>
	<p><u>Estratégias Geradas pela Aprendizagem decorrente do recurso à rede formal</u></p> <p>Os enunciados referem-se às estratégias que as informantes apontam, decorrentes da aprendizagem formal, após o recurso à rede formal</p>	<p>-“Bem, dirigir-se, procurar as pessoas certas, e a Enf.^a C., foi essencial. Bem, eu também não tinha muita gente à minha volta... mas não ligar aqueles conselhos que às vezes vão dando... o “faz isto ou faz aquilo ou faz aqueloutro...” não, tentava informar-me com quem me poderia ajudar. (...) Tem que ser uma enfermeira, acho eu, especialista, porque se for uma geral, não é igual. Um especialista não estuda só para isso, também conta a experiência, tem muitas experiências que depois nos podem ajudar. É importante tanto para os conhecimentos que nos vai transmitindo, quer na confiança que a gente deposita.” (E5)</p> <p>-“(...) fui lendo muito enquanto estive grávida, fui à internet pesquisar, pronto, foi isso.” (E7)</p>
	<p><u>Implementação de Rotinas</u></p>	<p>“ [Referindo-se à rotina da amamentação] agora já começou com a sopa, mas fora isso àquela horinha é sagrado, tem que ser.” (E2)</p> <p>- “(...) ou dar-lhe banho, antes ou depois das mamadas, também a ajudava a acalmar.” (E2)</p>
	<p><u>Estratégias Psicológicas</u></p> <p>Os enunciados referem-se a estratégias apontadas pelas informantes decorrentes da resiliência individual, tais como</p>	<p>-“ Não me preocupei em ficar com os peitos descaídos nem nada.” (E1)</p> <p>- “ A persistência, a minha teimosia em tentar sempre de lhe dar de mamar. (...) tive muita persistência, coragem e paciência (...)” (E2)</p> <p>- “Pois talvez a força de vontade, porque é muito absorvente, não é?” (E3)</p> <p>- “E depois, quando tiro o leite tenho que estar sossegada, com a cabeça limpa, senão então é que não sai nada, não adianta. Nem a B. pode estar ao meu lado, porque ela já se mexe, quer brincar e o leite vai-se.” (E4)</p>

	<i>Persistência, Auto-Determinação, gestão eficaz do stress, accionamento eficaz de estratégias de coping; superação da alteração da imagem corporal</i>	<p>-“ Tentar manter a calma (risos) Porque eu sabia que o stress e a ansiedade interferiam negativamente. Essencialmente é manter a calma...” (E5)</p> <p>-“ Vivi tudo com muita calma, muita descontração... Foi um dia de cada vez para o outro dia dar certo... (...) Olho para muitas colegas minhas que não amamentaram e penso que... ou eu tive muita sorte, ou elas é que tiveram muito azar (risos) porque muitas vezes nem é tanto uma questão de leite, é aquela vontade (...) É uma questão de auto-determinação e muita força de vontade.” (E6)</p> <p>- “Então por isso, a nossa vontade, a nossa determinação... é muito importante.” (E7)</p>
	<u>Recurso a Galactogogos</u>	<p>- “E para aumentar o leite é bacalhau (risos) e acredito, porque se eu ao meio-dia comer bacalhau, ao fim do dia estou cheia de leite. (...) Também há muita gente que diz que o leite também faz bem, mas eu não bebo.” (E4)</p>
Estratégias Técnicas e Instrumentais	<u>Uso do bico de Silicone</u>	<p>-“ (...) e só com o bico adaptado ao mamilo é que eu consegui começar a dar de mamar.” (E2)</p> <p>- “ (...) então optei com o conselho do médica e da enfermeira dar com o bico artificial, não me preocupar com isso.” (E2)</p> <p>- “ (...) e agora ainda tenho que lher por o bico às vezes, mas aguenta bem com o meu leite.” (E2)</p> <p>- “No primeiro mês custou um bocadinho, porque ele custava a agarrar numa das mamas porque eu não tinha o bico apropriado e ele nasceu prematuro, achava que tinha que usar o bico de silicone (...) “(E6)</p>
	<u>Extracção do leite materno para Conservação ou administração posterior</u>	<p>- “ (...) tive que andar a tirar leite da mama à mão, dar de copinho ou biberão (...)” (E2)</p> <p>- “Tenho tirado leite e deixo para a minha sogra lher dar. (...) e também porque congelei leite, porque das outras não congelei, mas só depois porque no princípio também não sabia... (...) Depois mesmo de começar a trabalhar, ela ainda esteve aí uns quinze dias exclusivo a mamar o leite que estava congelado...” (E3)</p> <p>- “Só que prontos, dava-me um bocado de transtorno porque comecei entretanto a trabalhar e tinha que naquela altura de tirar o leite... mas prontos.” (E4)</p> <p>-“Pronto, por exemplo tirava leite com a bomba quando ela não mamava, para ter sempre disponível para lher dar do meu leite. E depois congelava, ainda tenho que dá para quando tenho de a deixar, ou se fico na dúvida de ela ter mamado bem... Misturo na papa, se bem que ela come pouca papa, mas com o meu leite ela come aquilo tudo... e foi assim que fui controlando.” (E7)</p>

	<u>Extracção do leite materno com bomba eléctrica para aumentar a produção láctea</u>	<p>- “ E na primeira oportunidade tentava sempre compensar, dar mais vezes, tirar com a bomba para aumentar.” (E3)</p> <p>- “Agora, agora é que já estou a ter algumas dificuldades em ter leite que chegue. Eu tiro à bomba ...” (E4)</p> <p>-“ (...) por exemplo quando comecei a dar a papa notei que tinha muito menos leite, então eu tinha que tirar com a bomba. (...) depois de ele mamar, durante a noite e durante o dia eu ia para a máquina tirar leite... hum isso é claro que ajudou muito, até porque conheço muitas que não estão para dispor do tempo delas para tirar leite e estar ali com a bomba o tempo todo...” (E6)</p> <p>-“E depois bem se vê... só o facto de tirar faz-me ter ainda mais, e tem sido um ciclo. Continuo a ter leite suficiente para ela e para tirar.(...) Depois acho que é importante ter uma bomba e tirar leite, porque o tirar estimula, não é?” (E7)</p>
	<u>Regime Livre</u>	<p>-“ Quando estive em casa os quatro meses, dava sempre que ela queria (...)” (E3)</p> <p>- “Agora, depois de ele ter começado a mamar sempre, sem ter necessidade de eu tirar leite, eu não tenho hora, é a pedido dele, é regime livre, porque no princípio era uma coisa, três em três ou quatro em quatro horas... e desde o momento em que ele começou a mamar só da minha mama, sem necessidade de eu ir tirar e dar por cima deixei de ter essa rigidez de horário, dava quando ele queria... agora ele já come durante o dia, à noite é mais complicado, vem logo à mama... (risos) (...) por isso a estratégia agora é um bocado indefinida, é quando ele quer... de dia come comidinha, e à noite mama.” (E6)</p>
	<u>Utilização de pomadas e dispositivos de protecção dos mamilos</u>	<p>-“ (...) era o colostro nas mamas, depois nas gretas o “S.”, os arejadores de mamilo... entre outras coisas, recomendadas pela Enf.ª C.” (E7)</p>